Path.
850nh

Mittheilungen

<36634269560017

<36634269560017

Bayer. Staatsbibliothek

S

Path. 850 wh

Mittheilungen und Verhandlungen

der

internationalen wissenschaftlichen

Lepra-Conferenz

2.3

zu Berlin

im October 1897.

II.

Berlin 1897.
Verlag von August Hirschwald.
N.W. Unter den Linden 68.

BIBLIOTHECA
REGIA
MONACENSIS

BAYERISCHE
STAATS-
BIBLIOTHEK
MUENCHEN

Mittheilungen und Verhandlungen

der

internationalen wissenschaftlichen

Lepra-Conferenz

zu Berlin

im October 1897.

II.

Berlin 1897.
Verlag von August Hirschwald.
N.W. Unter den Linden 68.

BIBLIOTHECA
REGIA
MONACENSIS

Vorwort.

In dem vorliegenden zweiten Bande sind die Verhandlungen der Conferenz während der Zeit vom 11.—16. October 1897 in kurzer stenographischer Fassung wiedergegeben. Eine Anzahl der Aufzeichnungen ist von den Vortragenden selbst durchgesehen worden. Einige Redner haben vorgezogen, ihre Bemerkungen selbst zu Protokoll zu bringen. Dieselben sind, soweit sie rechtzeitig geliefert, im Anhang wiedergegeben. Da der Wunsch vorlag, die Veröffentlichung der Verhandlungen thunlichst zu beschleunigen, so werden einige nachträgliche Verbesserungen erforderlich erscheinen. Hierfür, sowie für anderweitige Zusätze und Ergänzungen wird in Band III Raum zur Verfügung der Herren Mitarbeiter stehen.

Berlin, den 26. October 1897.

Inhaltsverzeichniss.

Erste Sitzung.

Montag, den 11. October, Vormittags 12 Uhr.

Eröffnung.

Seite

Herr O. Lassar, Berlin 1

„ R. Virchow, Berlin 3

„ Staats-Secretair des Innern Graf v. Posadowsky-Wehner, Berlin . 5

„ Minister der geistlichen, Unterrichts- und Medicinalangelegenheiten D. Dr. Bosse, Berlin 5

„ R. Virchow, Berlin 7

Einleitung.

Herr Edvard Ehlers (Kopenhagen) 8

„ Ernest Besnier (Paris) 10

„ Armauer Hansen (Bergen) 17

„ Jonathan Hutchinson (London): On leprosy and its connections with the use of uncooked fish as food 20

„ Albert Neisser (Breslau): Uebertragbarkeit der Lepra 23

„ Isidor Neumann (Wien): Ueber einen neu entdeckten Lepraherd in Bosnien . 28

„ Oscar von Petersen (St. Petersburg): Lepra in Russland . . . 33

Nach der Tagesordnung:

Herr Weber (Halle): Demonstration eines Leprakranken 36

„ F. Buzzi (Berlin): Vorstellung eines mit Carrasquilla'schem Serum behandelten Falles 37

„ A. Blaschko: Vorstellung eines Falles von Lepra anästhetica . . . 39

„ P. G. Unna (Hamburg): Demonstration über Fettgehalt und Constitution der verschiedenen Leprabacillen 40

Zweite Sitzung.

Dienstag, den 12. October, Vormittags 11½ Uhr.

Seite

Herr R. Virchow (Berlin) 40
„ Albert Neisser (Breslau): Inwieweit ist man berechtigt, den Leprabacillus als die Ursache der Krankheit anzunehmen? (s. Anhang) 40
Herr Kaposi (Wien) 41
„ Armauer Hansen (Bergen) 43
„ Petrini de Galatz (Bukarest) 44
„ A. Blaschko (Berlin) 45
„ Doutrelepont 46
„ E. von Düring (Konstantinopel) 47
„ O. von Petersen (St. Petersburg) 47
„ P. G. Unna (Hamburg) 48
„ Isidor Neumann (Wien) 49
„ E. Arning (Hamburg) 50
„ K. Dehio (Dorpat) 52
„ Darier (Paris) 52
„ A. Neisser (Breslau) 52
„ Kaposi (Wien) 52
„ Bergengruen (Riga) 54
„ Sachs (Beyrut) 54
„ P. G. Unna (Hamburg) 54
„ R. Virchow (Berlin) 54
„ v. Reisner (Riga) 55
„ A. v. Bergmann (Riga) 55
„ R. Virchow (Berlin) 55

Welches sind die Wege der Uebertragung?

Herr G. Sticker (Giessen) 55
„ O. Lassar (Berlin) 59
„ E. Arning (Hamburg) 59
„ Schäffer (Breslau) 61
„ O. von Petersen (St. Petersburg) 64
„ Phineas Abraham (London) 66
„ A. Neisser (Breslau) 66
„ Hallopeau (Paris) 66
„ Doutrelepont (Bonn) 67
„ Jeanselme (Paris) 68
„ A. Gruenfeld (Rostow a. Don.) 68
„ Kaposi (Wien) 68
„ Edvard Ehlers (Kopenhagen) 69
„ V. Babes (Bukarest) 69
„ J. J. da Silvo Amado (Lissabon) 71
„ P. Hellat (St. Petersburg) 72
„ Sachs (Beyrut-Syrien) 73
„ M. Kortüm (Rostock) 74
„ G. Sticker (Giessen) 75
„ Armauer Hansen (Bergen) 76

Seite
Herr Petrini de Galatz (Bukarest) 76
„ Willesby C. Bailey 77

Demonstrationen.

Herr V. Babes (Bukarest): Projection von Lepra-Präparaten 77
„ Klingmüller (Breslau): Leprabacillen 78
„ A. Blaschko (Berlin): Lepracarcinom 78

Dritte Sitzung.

Mittwoch, den 13. October, Vormittags 11 Uhr.

Herr O. Lassar (Berlin): Ansprache zu R. Virchow's 76jähr. Geburtstag . 79
„ R. Virchow (Berlin): Antwort 79
„ Thibierge (Paris): Ehrung der Frau Virchow 79
„ R. Virchow (Berlin): Die von Dr. Ashmead (New York) aufgefundenen krankhaften Darstellungen an alt-peruanischen Thonfiguren . . . 79
„ Polakowski (Berlin): Zur Lepra in Mittelamerika 82
„ V. Babes (Bucarest): Die pathologische Anatomie und Histologie der Lepra . 83
Herr Jeanselme (Paris) 84
„ K. Dehio (Dorpat): Ueber die Lepra anaesthetica und den pathogenetischen Zusammenhang ihrer Krankheitserscheinungen 85
Herr Dohi (Paris) 92
„ P. Bergengruen (Riga): Ueber den Sitz der Leprabacillen in der Athmungsschleimhaut, in Sonderheit des Kehlkopfes und der Luftröhre des Menschen 92
Herr P. G. Unna (Hamburg) 99
„ P. Musehold (Berlin) 102
„ Lubarsch (Rostock) 104
„ P. Musehold (Berlin) 105
„ Schäffer (Breslau) 106
„ A. Neisser (Breslau) 107
„ von Düring (Constantinopel): Die Rolle der Erblichkeit 107
Herr Olaya Laverde (Sorocco) 110
„ Mitaftsis (Athen): Transmissibilité et hérédité de la lèpre (Observations cliniques) 111
Herr R. Virchow (Berlin) 113
„ Dyer (New Orleans) 114
„ Sachs (Beirut) 115
„ Isidor Neumann (Berlin) 115
„ Regierungsrath Kübler (Berlin) 116
„ Sauton (Paris) 117
„ O. Lassar (Berlin) 119
„ Alvarez (Honolulu) 119
„ Armauer Hansen (Bergen) 120
„ Alvarez (Honolulu) 120
Aus- und Einwanderung in ihren Beziehungen zur Verschleppung 121
Herr A. Neisser (Breslau): Antrag 121

Seite
Herr A. Neisser (Breslau): Vorschlag 121
„ A. Neisser (Breslau): Beweggründe 122

Nach der Tagesordnung:

„ L. J. Alvarez (Honolulu): A New Method of Bacteriological Diagnosis of Leprosy 123

Demonstration:

„ A. Grünfeld (Rostow am Don): 100 Photographien 125

Vierte Sitzung.

Donnerstag, den 14. October, Vormittags 11 Uhr.

Herr Abraham (London): Demonstration of preparations 126
„ Doutrelepont (Bonn): Demonstration mikroskopischer Präparate . . 128
„ Joseph (Berlin): Demonstration von Lepramilz 128
„ Virchow (Berlin): Einladung S. M. des Kaisers zu Freitag, den 15. October 1897 128

Zur Nomenclatur.

Herr Dehio (Dorpat) 128
„ A. v. Bergmann (Riga 130
„ Kaposi (Wien) 131
„ P. G. Unna (Hamburg) 132
„ Armauer-Hansen 134
„ Dehio (Dorpat) 134
„ R. Virchow (Berlin) 135
„ Sauton Paris) 135

Die Stellung der Lepra unter den Infectionskrankheiten, ihre Beziehungen zu Syringomyelie, Morvan'scher Krankheit und Aïnhum.

Herr Düring (Constantinopel) 135
„ Laehr (Berlin). 135
„ Dyer (New-Orleans) 135
„ v. Düring (Constantinopel) 136
„ Kalindero (Bukarest) 136
„ Babes (Bukarest) 145

Die Therapie, insbesondere Serotherapie.

Herr Olaya Laverde (Socorro) 145
„ Hallopeau (Paris) 147
„ Besnier (Paris) 147
„ Abraham (London) 147
„ Alvarez (Honolulu) 148
„ Petrini de Galatz (Bukarest) 149
„ Doutrelepont (Bonn) 149
„ Raynaud (Alger) 150

Seite
Herr Unna (Hamburg) 150
„ Dehio (Dorpat): Zur Serotherapie der Lepra 151
Herr Arning (Hamburg) 154
„ Brieger (Berlin) 155
„ Carrasquilla (Bogota) 156
„ Neisser (Breslau) 156
„ Kalindero (Bukarest) 157
„ Ehlers (Copenhagen) 157
„ Lassar (Berlin) 158
„ Ehlers (Copenhagen) 158
„ Dehio (Dorpat) 158
„ Carrasquilla (Bogota) 159
„ v. Petersen (St. Petersburg) 159
„ Neumann (Wien) 159
„ Hallopeau (Paris) 159
„ Besnier (Paris) 159

Herr Neisser (Breslau): Vorschläge 160
„ Virchow . 161

Fünfte Sitzung.

Freitag, den 14. October, Vormittags 11 Uhr.

Herr Virchow (Berlin) 162
Se. Durchlaucht der Herr Reichskanzler Fürst zu Hohenlohe-Schillingsfürst . 162

Die Isolirung der Aussätzigen und die dazu erforderlichen Maassregeln.

Herr Armauer Hansen 162
„ Dehio (Dorpat) 165
„ Besnier (Paris) 171
„ Lassar (Berlin) 171
Se. Durchlaucht der Herr Reichskanzler Fürst zu Hohenlohe-Schillingsfürst . 174
Herr Kirchner (Berlin) 174
„ R. Virchow (Berlin) 180
„ Thibierge (Paris) 180
„ Sederholm (Stockholm) 181
„ Ehlers (Copenhague) 181
„ Alvarez (Honolulu) 181
„ H. F. Glade (Berlin) 182
„ Kinyoun (Washington) 183
„ A. v. Bergmann (Riga) 183
„ Broes van Dort (Rotterdam) 184
„ Hallopeau (Paris) 185
„ Kalindero (Bucarest) 186
„ Blaschko (Berlin) 187
„ Raynaud (Alger) 188

Seite
Antrag Westerberg 189
Resolution Ashmead 189
Antrag Pindikowski 189

Sechste Sitzung.

Sonnabend, den 16. October, 11 Uhr.

Résumé der Secretäre 190
Herr Kinyoun (Washington) 193
„ Arning (Hamburg) 194
„ Alvarez (Honolulu) 195
„ Abraham (London) 195
„ R. Virchow (Berlin) 196
„ Kirchner (Berlin) 197
„ Köhler (Berlin) 198
„ Armauer Hansen (Bergen) 199
„ R. Virchow (Berlin) 199
„ O. Lassar (Berlin) 200

Anhang.

Herr A. Neisser (Breslau) 202
„ A. Neisser (Breslau) 205
„ A. Neisser (Breslau) 207
„ Hallopeau (Paris) 209

BAYERISCHE STAATS-BIBLIOTHEK MUENCHEN

Internationale wissenschaftliche Lepra-Conferenz.

Berlin, Oktober 1897.

Erste Sitzung.

Montag, den 11. Oktober, 12 Uhr.

I. Eröffnung, Bericht des Comité und Vorlage der vorläufigen Mittheilungen. Wahl des Vorsitzenden.

Herr **Oscar Lassar** (Berlin):

Hochgebietende Herren Staatsminister, Excellenzen und Hochansehnliche Versammlung!

Das vorbereitende Comité für die internationale wissenschaftliche Lepra-Conferenz hat als sein hiesiges geschäftsführendes Mitglied mich mit der Ehre betraut, die Leitung unserer Angelegenheiten nunmehr dieser gelehrten und in ihrer Art einzigen Vereinigung zu übergeben. Zum ersten Male tritt heute und hier eine internationale medicinisch-wissenschaftliche Versammlung ausschliesslich dazu Berufener zusammen, um ein bestimmtes Capitel der Pathologie zu besprechen und die Ergebnisse ihrer Verhandlungen zur Bekämpfung einer einzigen Krankheit zu verwerthen. Gegenüber den glänzenden Festen der Wissenschaft, wo Tausende sich an den Fortsschritten der Medicin erfreuen wollen, beschränkt unser Kreis sich absichtlich auf solche Forscher und Aerzte, die ihr Interesse an der Lepra bereits bethätigt haben oder im Namen ihrer Staats-Regierungen mit der Theilnahme an unseren Discussionen beauftragt sind. Mit tiefem Dank, aber auch mit Stolz, begrüssen wir diese vornehmste Beachtung unserer Bestrebungen. Die Völkerhygiene beginnt einer der mächtigsten Factoren im Staatsleben zu werden. Ueberall regt sich der lebenskräftige Wunsch, dem gesundheitlichen Ungemach der Bevölkerungen entgegenzutreten und ihm vorzubeugen. Alle Grenzen der politischen Verhältnisse treten zurück hinter dem gemeinsamen Zuge nach Luft und Licht, nach der Beschaffung eines wenigstens menschenmöglichen Daseins für Alle. Mit Genugthuung darf deshalb die medicinische Wissenschaft sich rühmen, sich Eins zu wissen mit den höchsten Zielen der Staats-Leitung, in freier uneigennütziger Wirk-

samkeit eine wohlthätige Macht zu bilden, der ein Theil wenigstens der Zukunft gehört.

Der Modus unserer Conferenz-Thätigkeit wird sich von den bisher beliebten Normen abweichend gestalten. An Stelle der abgelesenen Vorträge und Papiere, welche die Aufmerksamkeit nur mühsam zu fesseln vermögen, soll in frisch belebten Discussionen das freie Wort treten, alle Meinungs-Aeusserungen werden in den zu druckenden Mittheilungen ihre bleibende Stätte finden. Die aus allen Ländern der Erde, von Honululu, Columbien und Japan, aus Afrika, Nordamerika und sämmtlichen Lepra-Ländern unseres eigenen Erdtheils opferwillig hierher geeilten Forscher werden auf diese Weise ihrer eigenen Arbeit ein literarisches Denkmal bilden. Fragen wir uns aber im Hinblick auf diese hier tagende glänzende Vereinigung: welches sind denn die Lepra-Länder? So muss die Gegenfrage ertönen: welches Land ist kein Lepra-Land? Welches Klima, welche tellurischen Verhältnisse von den Skandinavischen Fjorden und den ostjakischen Einöden bis zum gesegneten Littorale und den Aequatorial-Zonen der ganzen Welt gewährt Schutz gegen die Ausbreitung einer Krankheit, die in so unverkennbar sicherer Weise den Spuren des menschlichen Verkehrs folgt, die aus fernem Asien durch das grosse russische Nachbarreich bis über die Grenzen unserer deutschen Ostmarken wandert, die von isländischen Fischern an die bretagnische Nordküste und von den Bewohnern der Levante an die Südhäfen von Frankreich und Italien verschleppt wird, die in allen asiatischen Reichen herrscht und von dort aus den Seeweg in unsere ostafrikanischen Colonien wie seit jeher in das Capland gefunden hat. Diese Internationalität hat auch unseren Berathungen ihre universelle Bedeutung von vornherein gesichert. Als unser geschätzter dänischer College Herr Edward Ehlers (dem seine ausgezeichneten epidemiologischen Forschungen auf Island das Recht dazu gaben) den Gedanken an eine im grossen Stil abzuhaltende Besprechung der Lepra-Fragen bei uns anregte, fanden wir sogleich das freundwillige und hochgeneigte Entgegenkommen in unserer eigenen Reichs- und Staats-Regierung. Zwar war dieselbe mit uns einer Ansicht, dass der Aussatz nicht wohl schon jetzt ein Gegenstand diplomatischer Verhandlungen sein dürfe. Was aber ihrerseits geschehen konnte, um unseren eigenen Interessen den Rückhalt staatlicher Würdigung zu gewähren, das ist uns in vollem Maasse geworden. Der vornehme Raum, in dem wir tagen, spricht besser als Worte für die Gesinnung der unsere Tendenzen begegnen. Uns Deutsche kann dies nicht Wunder nehmen. Aber auch unsere Gäste werden bald empfinden, dass ein Geist humaner Wissenschaftlichkeit sie bei uns willkommen heisst. In einem Reich und Lande, dessen erhabener Monarch der persönliche Träger des Staatsgedankens ist, ein Fürst, dem kein Weh und Elend der Seinigen fremd bleibt, — hier dürfen Sie gewiss sein, einen fruchtbaren und dankbaren Boden für Ihre Arbeit zu gewinnen.

Unmöglich aber können wir in ungeregelter Cooperation zu gediegenen und brauchbaren Schlüssen gelangen — die Leitung darf nur in einer Hand liegen. Wir wollen ein lebendes Bild der

Wahrheit schaffen. Dazu gehört ein Meister. Schauen wir uns nach einem solchen um, so werden aller Blicke an Einem hängen bleiben. Er sei der erwählte Präsident! Der Mann, dessen Schüler sich Jeder von uns nennt, hat auch den Grundstein für unsere feinere pathologische Kenntniss des Aussatzes gelegt, und wer sollte würdiger sein, unsere Verhandlungen zu führen, als der Entdecker der Lepra-Zellen — Herr Rudolf Virchow!

Ehe ich aber, — da ich annehmen darf, dass eine andere Meinungsäusserung aus der Gesellschaft nicht ertönt, — unseren hochverehrten Herrn Präsidenten bitten möchte, seines Amtes zu walten, wollte ich die Ehre haben, diesen Band der Mittheilungen und Verhandlungen der Lepra-Conferenz gehorsamst zu überreichen. Zur Erläuterung diene, dass mit ganz verschwindenden und durch zwingende Verhältnisse hervorgerufenen Ausnahmen alle diejenigen Herren, welche wir darum ersuchten, ihre Arbeiten prompt, rechtzeitig und in hervorragender Weise uns gewährt haben. Es ist deshalb eine Unterlage für unsere Discussionen geschaffen, wie wir sie zweckentsprechender und vornehmer nicht erwünschen konnten. Sogleich werden die Diener dieses gastfreundlichen Hauses die Herren sämmtlich mit dieser Verhandlung versehen, die ich Ihnen nicht überreichen kann, ohne an dieser Stelle der Männer zu gedenken, die in uneigennütziger, hochherziger Weise dieselben uns zur Verfügung gestellt haben, der Herren Inhaber der Buchhandlung A. Hirschwald, und mit einem Worte des Dankes auch nach dieser Richtung habe ich die hohe Ehre, den Herren Vertretern unserer Reichs- nnd Staatsregierung die ersten Exemplare ganz ergebenst zu überreichen.

Herr **Rudolf Virchow** (Berlin):

Hochgeehrte Herren Collegen! Ich will mich der Aufforderung nicht entziehen, die an mich gerichtet worden ist, obwohl ich fühle, dass in einer so grossen und bedeutungsvollen Versammlung es vielleicht zweckmässiger wäre, einen Wechsel eintreten zu lassen und mir vielleicht nur die Ehre der Einleitung zu gewähren. Das könnte vielleicht später noch erörtert werden.

Ich kann aber nicht schliessen, ohne zugleich der Freude Ausdruck zu geben, dass wir hier in so grosser Zahl und in Vertretung fast aller Länder, der civilisirten Länder und derjenigen, die auf dem Wege zur Civilisation sind, uns vereinigen konnten. Es sind nun beinahe 40 Jahre, als ich anfing, meine Untersuchungen über den Aussatz zu machen. Wenige Jahre nachher erliess ich den ersten Aufruf zu collectiver Arbeit. Die englische Regierung hat damals diesen Ruf aufgenommen und ihn in den Colonien verbreitet, und wir besitzen ein grosses Material aus dieser Periode. Aber es hat leider nicht viel dazu beigetragen, die Fragen zu lösen, die seit Jahrtausenden aufgeworfen sind. Wenn wir jetzt auf einem etwas sichererem Boden stehen, so danken wir es hauptsächlich der schönen Entdeckung unseres Freundes Armauer Hansen, der damit zum ersten Mal eine sichere Grundlage geschaffen hat, auch für die hypothetischen Folgerungen, und es wird nun die Aufgabe sein, dass hier in diesem Kreise nicht

bloss die Fragen genau formulirt werden, die weiterhin in Angriff zu nehmen sind, sondern vorzugsweise auch, dass sich Männer finden, die mit ernster Anstrengung an diese Fragen herantreten. Das wird unser gemeinsames Streben sein, und ich darf in diesem Sinne hoffen, dass wir alle zu gemeinsamen Anschauungen kommen werden. Ich war in der glücklichen Lage, einen vorläufigen Blick in den Band der Verhandlungen oder Mittheilungen zu thun, der eben überreicht worden ist. Ich kann mit Freuden constatiren, dass mir irgend grosse Gegensätze in Beziehung auf die Erfahrungen und auf die theoretischen Schlussfolgerungen nicht entgegengetreten sind. Ich glaube also, dass Sie alle, wenn Sie diesen Band mustern, wo unabhängig von einander eine so grosse Zahl selbstständiger Forscher zu gleichartigen Resultaten gekommen ist, den Wunsch hegen werden, auf diesem schönen freundschaftlichen und collegialen Boden weiter zu arbeiten.

Bevor ich aber die Verhandlungen eröffne, muss ich dafür sorgen, dass wir ein Büreau haben. Es wird nöthig sein, dass Sie Stellvertreter für den Vorsitzenden ernennen, da ja Fälle eintreten können, wo ein anderer das Amt übernehmen muss, und ich denke, für diesen Fall darf ich Ihnen vorschlagen den Herrn, der eben die Geschäfte aus der Hand gelegt hat, wenigstens für die Stellvertretung zu gewinnen, und Herrn Armauer Hansen als den hervortretendsten Repräsentanten der glücklichen Forschung ihm zur Seite zu stellen. Ich würde also proponiren, die Herren Lassar und Armauer Hansen zu den Vicepräsidenten zu bestimmen. (Zustimmung.)

Was das Secretariat betrifft, so werden wir dafür sorgen müssen, dass die verschiedenen Nationalitäten darin etwas mehr zur Geltung kommen, namentlich dass die französische Sprache, die wahrscheinlich von manchen der Herren mit grösserer Bequemlichkeit gehandhabt werden wird, auch mit Sicherheit wiedergegeben wird. Ich denke, wenn Sie das Büreau aus 6 Mitgliedern zusammensetzen würden, wovon 2 dem deutschen Idiom, 4 andere den fremden zugetheilt würden, so dürfte das ausreichen. Dann würde ich Ihnen vorschlagen, als 6 Secretäre zu berufen Herrn Arning von Hamburg, der so lange auf den Sandwichinseln die Lepra erforscht hat, Herrn v. Bergmann aus Riga, den Gründer der dortigen Leproserie, Herrn Kinyoun von Washington, Herrn Abraham von London, welche beiden die englische Sprache vertreten würden, ferner Herrn Thibierge von Paris und Herrn Dubois-Havenith von Brüssel.

Dann würde ich Sie bitten, als Generalsecretär, der auch nachher die Leitung für die weiteren Verhandlungen und Publicationen übernehmen müsste, den verdienten Erforscher der isländischen Lepra, Herrn Ehlers aus Kopenhagen zu ernennen, der durch seine verdienstvollen literarischen Leistungen bekannt ist.

Für heute möchte ich von den Herren Secretären ersuchen an dem Tisch nebenan Platz zu nehmen Herrn Arning und Herrn Kinyoun.

Ich erkläre zunächst, dass die Lepra-Conferenz eröffnet ist. Ich ersuche die Herren Vertreter der Reichs- und Staatsregierung, ihre Mittheilungen zu machen.

Seine Excellenz der Herr Staatssecretär des Innern Staatsminister Dr. Graf **von Posadowsky-Wehner:**

Meine hochverehrten Herren! Sie haben sich hier aus allen Theilen des Erdenrundes versammelt, um eine Frage Ihrer kritischen Erörterung zu unterziehen, welche die allertiefste Bedeutung für die gesammte Menschheit hat. Die fürchterliche Krankheit, welche Sie zum Gegenstand Ihres speciellen Studiums gemacht haben, ist uns ja seit Jahrtausenden bekannt. Während man sich aber in der Vergangenheit darauf beschränkte, den Ausgang der Krankheit zu begrenzen durch eine mechanische Prophylaxe, indem man die unglücklichen Kranken von dem menschlichen Verkehr ausschloss und als bürgerlich todt behandelte, hat man in der Gegenwart die Krankheit selbst studirt, ihr Wesen, ihre äusseren Erscheinungen, und es ist einem hervorragenden Manne der Wissenschaft gelungen, den Krankheitserreger zu entdecken. Damit ist die Möglichkeit und die Hoffnung näher gerückt, dass wir die Krankheit nicht nur bekämpfen können durch Beschränkung ihrer localen Ausdehnung, sondern, dass wir die Krankheit selbst bekämpfen können, indem wir ihre Ursachen beseitigen.

Meine hochverehrten Herren! Sie haben sich hier ein hohes humanitäres Ziel gesteckt, offenbar aus der Erkenntniss heraus, dass der grösste Reichthum der Völker besteht in den Menschen selbst, und dass diejenigen die grössten Wohlthäter der Menschheit sind, welche es verstehen, den Menschen gesund nnd damit seiner göttlichen Bestimmung, der Arbeit und der menschlichen Gemeinschaft zu erhalten.

Es ist mir deshalb eine hohe Ehre und eine grosse Freude, so viele ausgezeichnete Männer, Leuchten der Wissenschaft, hier Namens des Herrn Reichskanzlers begrüssen zu können. Seien Sie in Berlin herzlich willkommen. Möchten Ihre Verhandlungen einen Fortschritt auf dem Gebiet der wissenschaftlichen Erkenntniss bilden und Sie der Erreichung der hohen Ziele näher rücken, welche Sie sich in Ihrem Programm selbst gestellt haben. Namens der verbündeten Regierungen Deutschlands kann ich Ihnen die Versicherung geben, dass wir Ihre Bestrebungen mit allergrösstem Interesse verfolgen und, soweit es an uns liegt, gern bereit sind, dieselben werkthätig zu unterstützen. (Lebhafter, anhaltender Beifall.)

Seine Excellenz der Herr Königlich Preussische Staatsminister und Minister der geistlichen, Unterrichts- und Medicinalangelegenheiten D. Dr. **Bosse:**

Meine hochgeehrten Herren! Nachdem der Herr Staatssecretär des Innern, Staatsminister Dr. Graf v. Posadowsky, Sie Namens des Deutschen Reiches, das Ihnen dieses sein Haus gastlich geöffnet hat, begrüsst hat, wollen Sie gütigst gestatten, Sie auch Namens der Preussischen Regierung, insbesondere der Preussischen Unterrichts- und Medicinal-Verwaltung herzlich willkommen zu heissen. Gerade wir in Preussen haben allen Grund, jede Hülfe, die uns die Wissenschaft in der Bekämpfung der Leprakrankheit bietet, mit besonderem Danke zu begrüssen. Denn wir sind innerhalb des Deutschen Reiches das zunächst bedrohte Land. Unsere Grenzen sind von dem Feinde, dessen

wirksame Bekämpfung das Ziel Ihrer wissenschaftlichen Berathung sein wird, bereits überschritten.

Wir haben der entsetzlichen Krankheit sofort nach ihrem Bekanntwerden unsere volle Aufmerksamkeit zugewendet. Wohl sind wir überrascht gewesen, als wir die allgemein verbreitete Meinung, die Lepra gehöre — wenigstens in Deutschland — zu den ausgestorbenen Krankheiten, als einen Irrthum erkennen mussten. Wir wussten, welche Verheerungen der Aussatz im Mittelalter unter der deutschen Bevölkerung angerichtet hat. Aber seit drei Jahrhunderten galt Deutschland als völlig befreit von der Seuche und war es wohl auch. Selbst die Kenntniss der Krankheit war unsern Aerzten so gut wie entschwunden. Erst vor etwa 20 Jahren wurden bei uns zunächst ganz vereinzelte Fälle beobachtet, und seitdem ist festgestellt, dass die Lepra in allen Erdtheilen mehr oder minder verbreitet und dass sie auch in weiten Gebieten unseres Kontinents zu finden ist. Ein handgreiflicher Beweis für die auch von der Wissenschaft als bedrohlich angesehene Ausdehnung der Krankheit ist diese illüstre Versammlung, zu der aus fast allen Kulturstaaten der Welt die berufensten Vertreter hier erschienen slnd. In Preussen ist es fast ausschliesslich der nordöstlichste Kreis unseres Landes, der Kreis Memel, in welchem sich die Krankheit bisher gezeigt hat. Bis jetzt allerdings noch in beschränktem Umfange. Wir haben im Kreise Memel mit 60000 Einwohnern, von denen 19000 auf die bis jetzt verschonte Stadt Memel entfallen, seit dem Jahre 1870 im Ganzen 34 Leprafälle mit 17 Todesfällen constatirt, und ausserhalb des Kreises Memel nur etwa 4, sicher nicht mehr als 7 oder 8 Fälle. Gewiss ein geringer Procentsatz, der wohl einigen Grund zu der Hoffnung bietet, dass es zur Zeit noch gelingen könne, durch geeignete, kräftige und durchgreifende Maassregeln das Uebel mit Erfolg zu bekämpfen. Immerhin aber giebt doch der Umstand zu denken, dass jene 34 Fälle sich auf den Kreis Memel concentriren und dass sie sich dort auf 15 Ortschaften vertheilt haben, so dass man kaum umhinkönnen wird, beinahe den ganzen Kreis als verseucht anzusehen.

Die Preussische Medicinal-Verwaltung hat es sich angelegen sein lassen, diesem Vorkommen der Lepra gegenüber nichts zu versäumen. Sie hat die einzelnen Fälle genau untersuchen und namentlich ihre Entstehung, soweit nur irgend thunlich, erforschen lassen. Wir haben für die Leprakrankheit die Anzeigepflicht eingeführt und die ständige Ueberwachung aller Leprakranken angeordnet. Vor Allem aber haben wir jeden Leprakranken, dessen Absonderung im eigenen Heim nicht durchführbar ist, Krankenhäusern zuführen lassen. Von den zur Zeit amtlich bekannten 19 Leprösen der Monarchie befinden sich 7 in Heilanstalten, während die übrigen 12 unter entsprechender Controle im Schosse ihrer Familien belassen worden sind. Auch wir haben uns der Ueberzeugung nicht verschliessen können, dass, abgesehen von der Ueberwachung des Grenzverkehrs, die wichtigste Massregel zur Bekämpfung der Lepra in der Absonderung womöglich aller Leprösen und in ihrer Unterbringung in besonderen, eigens für sie einzurichtenden Pflegeanstalten zu suchen ist. Es sind daher von uns, nach einer vorgängigen ärztlichen Informationsreise in

Russland, deren bereitwillige und ausgiebige Unterstützung durch die Kaiserlich Russische Regierung und ihre Behörden wir nicht dankbar genug rühmen können, die Mittel bereit gestellt, um auf Staatskosten im Kreise Memel ein Leprosorium zu errichten, in welchem 18 Kranke Unterkunft und Pflege finden können. Ein geeigneter Platz für diese Anstalt ist gefunden, der Plan bereits fertig gestellt, und so dürfen wir hoffen, schon in der allernächsten Zeit zu seiner Ausführung zu schreiten, die sicher für das zunächst gefährdete Gebiet von Segen sein wird.

Die wissenschaftliche Erkenntniss der Leprakrankheit und der geeignetsten Mittel zu ihrer Bekämpfung zeigt heute noch manche Lücken. Die Fragen, ob sie erblich oder ausschliesslich durch Ansteckung übertragbar ist, ob sich der als Erreger der Krankheit erkannte Leprabacillus ausserhalb des menschlichen Körpers zu halten vermag, wann der Augenblick eintritt, wo die Absonderung des Kranken absolut erforderlich ist oder wie lange er ohne Gefahr für die mit ihm Verkehrenden im Schosse seiner Familie belassen werden kann, wie lange nach erfolgter Infection die Incubationszeit dauert, diese und andere Fragen von ebenso grossem theoretischen wie praktischen Interesse harren noch ihrer endgültigen wissenschaftlichen Lösung.

Ihre Versammlung, meine hochgeehrten Herren, in welcher die grössten Lepraforscher der Erde, die hellsten Leuchten der Wissenschaft vertreten sind, Ihre Versammlung, in der wir die bewährten Leiter der Musterleprosorien in Norwegen, Russland und anderen Staaten und die Entdecker des Leprabacillus begrüssen dürfen, wird — wir sind dessen sicher — zu einer Lösung dieser Fragen wesentlich beitragen und sich damit ein grosses und dauerndes Verdienst nicht nur um die Wissenschaft, sondern um die leidende Menschheit erwerben. Das aber ist der höchste Preis und der schönste Lohn für den ringenden Forscher, den wissenschaftlichen Arzt!

Die Preussische Staatsregierung wird Ihren Verhandlungen mit dem gespanntesten Interesse folgen, und sie wird die Ergebnisse Ihrer Arbeiten bei der Bekämpfung der Seuche im eigenen Lande voll verwerthen. Im Namen der Preussischen Staatsregierung heisse ich Sie, meine Herren, auf das Herzlichste willkommen und wünsche Ihren Berathungen Glück und Gelingen im Interesse der Wissenschaft und zum Heile der leidenden Menschheit. Des wärmsten Dankes nicht nur der Regierungen, sondern aller Menschenfreunde in der gesammten Kulturwelt dürfen Sie im Voraus gewiss sein.

Vorsitzender: Ich darf wohl im Namen aller hier versammelten Aerzte den Herren Vertretern der Reichs- und Staatsregierung unseren ganz ergebensten und wärmsten Dank aussprechen für das, was wir eben gehört haben. Wir waren es ja gewohnt, dass die Reichsregierung, die uns hier in diesem prächtigen Hause empfängt und die seit langer Zeit die öffentlichen Gesundheitsangelegenheiten mit Sorgfalt leitet, jeder neuen Bestrebung auf diesem Gebiete mit Ernst und Eifer zu Hülfe gekommen ist. In so energischer Weise, wie es heute der Fall ist, haben wir es aber früher eigentlich nicht gehört. Ich bin erfreut, den Dank der vielen hier Anwesenden aussprechen zu können.

Wir gehen nunmehr an unsere wissenschaftliche Aufgabe und an die Vorträge, welche in dem Programm Ihnen mitgetheilt sind.

Discours du Secrétaire général.

Mr. **Edvard Ehlers** (Copenhague):

La lèpre n'a plus autant d'amants que ses deux soeurs la syphilis et la tuberculose, ce qui ne doit pas nous étonner, car elle est des trois soeurs la plus âgée et la plus hideuse. C'est au moyen-âge qu'elle a déployé sa splendeur terrifiante, contre laquelle l'humanité a trouvé nécessaire de recourir à une législation sévère, qui isolait les pauvres malades et les enterrait vivants. Les mesures barbares ont porté leurs fruits; la lèpre commença à disparaître dans les états de l'Europe centrale et devint si rare, que son étude scientifique est restée bien loin derrière l'étude des autres infections chroniques.

Aux auteurs Norvégiens — Boeck et Danielssen — l'on doit les premières études scientifiques sur la lèpre, des études qui depuis ont servi de base aux travaux modernes sur la maladie; mais par malheur ils ont nié la contagion, le point le plus important de son étiologie, qui au moyen-âge n'était pas contesté et était absolument hors de doute.

C'est la contagiosité de l'affection, qui est cause de l'interêt, que nous lui montrons vers la fin du XIX siècle, car c'est la contagiosité de la lèpre qui a occasionné les grandes épidémies modernes, qui ont étonné l'opinion publique, tant dans les vieux foyers européens, qu'on croyait éteints depuis longtemps, que dans les autres parties du monde, où l'Européen se rend pour lutter pour la vie, y rencontre cette maladie insidieuse et la réimplante à son retour dans son pays natal.

Nous nous sommes réunis ici à Berlin pleinement conscients du danger, qui menace de ces deux cotés, des foyers européens, qu'on croyait éteints, et des foyers exotiques, dont les étincelles pleuvent sur la vieille Europe. Et nous nous rappellerons les mots prophétiques d'un grand léprologiste danois de la fin du XVIII siècle, le célèbre Hensler: „Cette maladie nous n'avons peut-être pas à la craindre, mais nos ancêtres ont subi ses ravages et nos enfants auront peut-être à la craindre à leur tour".

Nous savons, qu'il n'y a pas de raison pour permettre à cette terrible maladie de prendre une extension semblable à celle de la tuberculose; il vaut mieux prendre de bonne heure des mesures sanitaires contre le fléau et isoler les cas sporadiques que d'avoir à faire plus tard avec une grande endémie.

Je vous souhaite la bienvenue à vous, Messieurs, qui voudrez bien nous aider dans cette tâche!

Mais notre conférence a aussi un but scientifique, qui n'est pas moins important. Nous voulons protester contre le dédain, qu'on a montré envers cette vieille maladie. C'est à peine si les médecins de nos jours en connaissent les symptômes, et quand un beau jour un médecin non spécialiste se trouve en face d'un malade, sur lequel on ne se tromperait pas en pays lépreux, il croit avoir à faire à un

syndrome tout nouveau. Les dernières vingt années ont vu naître des maladies, qui n'étaient pas sui generis, qui n'étaient que de la lèpre méconnue.

Nous voulons continuer ce travail inauguré avec tant de gloire par les léprologues illustres, dont je n'ai pas besoin de vous citer les noms; nous voulons rendre à la lèpre ce qui lui appartient de droit bacillaire.

Et d'un autre coté nous comptons jeter une nouvelle lumière sur la pathologie des autres infections en nous occupant de la plus vieille d'entre elles, dont on n'avait que trop négligé l'étude.

Car il y a des analogies frappantes entre les trois infections chroniques les plus communes, la Lèpre, la Syphilis et la Tuberculose. Elles forment entre elles une famille toute naturelle, comme en chimie le chlore, le brome et l'iode. Les qualités pathologiques de l'une se retrouvent avec certaines modificationes chez les deux autres.

Je vous citerais des exemples de ce que j'avance là.

La lèpre et la tuberculose sont provoqués par des bacilles; nous avons le droit de croire, que la syphilis a une cause semblable.

Nous espérons que l'étude de l'étiologie de la lèpre pourra jeter une nouvelle lumière sur nos vieilles doctrines de l'héredité des deux maladies-soeurs.

Nous connaissons la manifestation cutanée initiale de la syphilis et de la tuberculose, tandis que jusqu'ici elle nous est restée inconnue dans la lèpre, mais en la cherchant nous la trouverons certainement; elle doit exister.

Nous savons, que la lèpre et la tuberculose sont contagieuses dans tous leurs stades, quoique pas au même dégré; la syphilis doit être également contagieuse à toutes ses trois périodes quoiqu'on ait prétendu le contraire.

Nous connaissons pour la lèpre ainsi que pour la syphilis les diverses éruptions, qui sont les manifestations de l'intoxication générale; mais des éruptions analogues doivent exister dans la tuberculose. Il y a déjà tout un groupe de lésions, que les auteurs français ont la tendance à considérer comme des éruptions de nature tuberculeuse.

Nous connaissons le mal de Pott dans la tuberculose et dans la syphilis, mais ce syndrome nous est resté inconnu dans la lèpre. Cherchons.

La syphilis peut amener l'état, que nous désignons sous le nom de tabes dorsalis; la lèpre donne naissance à un syndrome absolument analogue, que nous classons depuis le commencement du siècle comme une forme spéciale de la lèpre; je veux parler de la lèpre anesthésique.

Dans le tabes dorsalis comme dans la lèpre anesthésique il ne s'agit que de lésions nerveuses avec dégénerescence secondaire dans la moëlle épinière. Pareil état nous est encore inconnu dans la tuberculose.

Nous ne savons rien ou très peu de chose des maladies mentales développées sur la base de la tuberculose et de la lèpre, tandis que nous connaissons assez bien les encéphalopathies syphilitiques.

J'ai la conviction intime, que la pathologie des névrites chroniques périphériques sera singulièrement transformée dans le commencement du XX siècle, surtout grâce à de découvertes nouvelles dans l'étude des maladies infectieuses chroniques et à notre connaissance plus approfondie de leurs formes frustes.

Nous espérons aussi, que l'étude de la lèpre éclairera la question de l'existence ou la non-existence des troubles trophiques ainsi que nos connaissances sur les troubles de la sensibilité dans leurs diverses modalités.

Que de problèmes de recherches futures j'aurais à vous signaler, mais je suis obligé de me borner et de terminer.

Il y a là un vaste champ de bataille, sur lequel chacun de vous-nous l'espérons, prendra part à la lutte acharnée contre ces trois maladies soeurs, que je viens de vous nommer et qui causent tant de ravages dans l'humanité.

La plus belle vue, que nous avons devant nous, est l'espoir de pouvoir affirmer un beau jour, que la lèpre est une maladie curable; il n'y a pas de raison pour qu'elle soit déclarée incurable; elle partagera le sort de la syphilis et de la tuberculose, qui sont considérées maintenant par tout le monde comme parfaitement curables. Quand nous aurons assez étudié les formes frustes de la lèpre et quand nous serons arrivés à admettre les pauvres lépreux dans des asiles pour les soigner, nous verrons certainement à notre grande joie, qu'elle n'est pas plus incurable que les autres infections chroniques.

Mr. **Ernest Besnier** (Paris):

La date du onze Octobre de l'année 1897 restera célèbre dans les annales de la Léprologie, et dans les fastes de la Ville de Berlin: Dans cette ville, et à cette date, pour la première fois, des médecins venus de tous les pays se sont réunis en assises solennelles, afin de juger, selon la mesure compatible avec le degré des connaissances actuelles, les questions litigieuses que comporte l'étude de la plus ancienne des maladies de l'homme, et pour faire, en même temps qu'oeuvre de science, oeuvre de bienfaisance et d'humanité!

Honneur aux gouvernements qui ont concouru à cette oeuvre! Honneur à tous ceux de nos savants confrères, qui en ont conçu, préparé, ou réalisé l'exécution!

Quelle est l'origine et la source de la maladie lépreuse, et quelle en est la nature? Comment se fait la transmission? Quelles sont les circonstances extrinsèques de pays, de climat, de race ou de caste, d'alimentation, d'hygiéne générale ou privée qui en favorisent, ou qui en arrêtent l'évolution? Quelles sont les raisons de ses exacerbations et de ses affaissements? Dans quelles limites la thérapeutique est-elle efficace?

Quelles sont, enfin, les mesures de protection, de prophylaxie publique on particulière qui s'imposent, ou qui sont exécutables dans l'état actuel des nations ou des sociétés? Voilà les questions,

aussi ardues que nombreuses, dont la conférence a composé son programme.

Assurément, elle ne les résoudra pas toutes au même degré, mais elle les portera toutes aux lignes avancées, et elle jalonnera le chemin qui reste à parcourir. Grand et magnifique programme!

Mission glorieuse entre toutes qui honore les gouvernements qui nous ont délegués et nous honore les uns et les autres, à la fois, dans notre vie scientifique, et dans nos sentiments humanitaires!

Messieurs: Depuis l'époque inoubliable, à laquelle Armauer Hansen a publié, pour la première fois, ses recherches sur la bactérie des tubercules lépreux; et depuis le moment, immédiatement postérieur ou Albert Neisser, en même temps qu'il en précisait la chromotechnique, a affirmé la spécificité du bacille de Hansen, et sa nature pathogène, il ne s'est pas encore écoulé vingt années! Et cependant, que de chemin parcouru! Et que de progrès accomplis dans la voie la plus ardue que l'on puisse imaginer. Qu'importe à présent la lenteur des résultats acquis, en égard à l'effort produit; le temps seul est en cause, et la victoire certaine! Dès la première heure, je me le rappelle avec une joie réelle, des l'année 1880 j'en ai salué l'aurore dans la presse médicale francaise, j'ai salué avec enthousiasme l'aurore des temps où nous vivons, et j'ai pris en mains la défense de la contagiosité de la lèpre, à une époque ou sa noncontagiosité était enseignée comme un dogme.

Dès cette époque, d'ailleurs, les temps se préparaìent pour les vérités nouvelles: Malgré l'autorité incontestée, et les magnifiques travaux de Danielssen et de Boeck, malgré leur argumentation si spécieuse, malgré le verdict des plus illustres maîtres de Berlin, de Paris ou de Vienne, des manifestations opposantes, telle que celle de Drognat Landré en 1869, ne cessaient de se produire, et elles finirent par se multiplier avec éclat en présence du développement contemporain de foyers de lèpre nouveaux, ou renouvelés sans l'action évidente de l'introduction de germes étrangers, et en présence de leur réalisation effectuée dans des proportions, et dans des délais, que l'hérédité seule était incapable d'expliquer. L'année même qui a précédé la première publication bactériologique de Hansen, un missionnaire français, attaché pendant de longues années aux léproseries, publiait, à Paris. un livre intitulé: La lèpre est-elle contagieuse, et concluait en disant: „Pour que ce mal s'implante, il faut un germe!“ Aujourd'hui, le germe est connu, et déterminé, et par le monde scientifique nul ne le méconnait. Depuis longtemps, sa valeur pathogène ne serait plus en contestation possible, si sa démonstration pastorienne ne se heurtait à cette difficulté insoluble que nul animal ne peut servir de terrain de culture au bacille de Hansen.

C'est donc à la clinique, que revient la charge de faire la preuve; il faut des statistiques nouvelles, authentiques et précises, une étude chimique entièrement neuve de la toxinose lépreuse, et un ensemble coordonné de recherches poursuivies dans une voie sûre, et avec un programme déterminé.

C'est ce programme, messieurs, ce sont ces voies, que la conférence a mission de tracer, et d'ouvrir, quand elle aura récueilli l'en-

seignement des maîtres illustres, et des léprologistes éminents, devant qui j'ai le très grand honneur de porter la parole au nom de mes collègues de France. Chacun d'eux, messieurs, nous a apporté, sur plusieurs points différents, le tribut de son expérience et de ses recherches. Je vous demande la permission de vous donner, de ces travaux et de ces recherches, un aperçu sommaire:

Mr. Darier vous exposera ses recherches histobactériologiques sur les taches érythémateuses et pigmentaires de la lèpre, si variées d'aspect, si importantes au point de vue sémiologique, surtout dans les premières périodes de la maladie. Pour fixer la valeur que pouvait avoir l'examen biopsique de ces macules et de ces taches dans les cas où le diagnostic clinique restait hésitant, Mr. Darier a examiné des fragments prélévés sur le vivant dans neuf cas aussi variés que possible-taches simples ou mixtes avec ou sans une infiltration, en état de morphée atrophique, etc. Or, dans la plupart des cas, les résultats de la biopsie sont pathognomoniques ou, au moins, assez spéciaux pour être aisément reconnus. Enfin, dans tous ces cas, à l'exception d'un seul, Mr. Darier a pu décéler, le bacille spécifique, tantôt en abondance énorme, tantôt en si petite quantité qu'il aurait pu échapper à un examen moins attentif.

En émittant le regret que le nombre de cas examinés dans cette direction n'ait pas été plus grand Mr. Darier conclut que, dans la grande majorité des cas, le diagnostic histologique des léprides est réalisable, et peut-être établi scientifiquement par la démonstration des bacilles.

En dehors de sa grande importance pratique, ce résultat doit, aussi, entrer en ligne pour apprécier la signification des léprides maculeuses dans le processus lépreux, et déterminer si elles naissent sous l'action de la présence réelle des bacilles, si elles sont directement lépreuses; ou si elles naissent indirectement, par l'intermédiaire de lésions nerveuses, ou d'une toxinémie. Il ne faut pas se dissimuler, cependant, qu'il reste à élucider pourquoi ces taches guérissent si souvent, et pourquoi elles ne se transforment pas, régulièrement, en lépromes vrais, résultats, ajouterons, que nous considérons comme dus à des phénomènes de biochimie pathologique à déterminer.

Mr. Jeanselme a traité — de la rhinite lépreuse, de l'origine des myéloscléroses de la lèpre, et de l'anesthésie comparée dans la lèpre et dans la syringomyelie.

Les données fournies par ses études sur la rhinite lépreuse — en collaboration avec Mr. Laurens — sont du plus grand intérêt pour le diagnostic et pour la prophylaxie.

Dans le mucopus de la rhinite lépreuse, et dans le sang des epistaxis lépreuses, on trouve, très fréquement, le bacille de Hansen á profusion et, comme le coryza est, communément, un symptôme inaugural, il est présumable que sa recherche effectuée à présent, d'une manière systématique dans les enquêtes nouvelles à ouvrir en tout pays lépreux permettra d'établir un diagnostic précoce, et de reculer très vraisemblablement le début vrai de la maladie à une époque beaucoup plus rapprochée de celle de la contamination. Mais, non moins importante pratiquement est la notion qui découle de

ces recherches, relative à la grande virulence du mucus nasal des lépreux, car sans elle au delà des inductions permises, on peut affirmer que la rhinite est un des agents les plus redoutables de la propagation de la lèpre.

Pour élucider l'origine des myeloscléroses de la lèpre, Mr. Jeanselme a examiné la moëlle et les racines rachidiennes de cinq lépreux: Deux fois, il a constaté une dégénération des cordons postérieurs, occupant les faisceaux de Goll, respectant, au contraire, les faisceaux de Burdach, et les zônes de Lissauer.

Dans l'un de ces cas, la dégéneration intéressait en outre les faisceaux pyramidaux direct craisés.

L'integrité, à peu près absolue, des racines postérieures, et de leurs prolongements intra-medullaires, la conservation des faisceaux qui sont lésés dans les scléroses d'origine exogène — dans le tabes en particulier — portent l'auteur à penser que, dans la lèpre, certaines dégénérations de la moëlle sont d'origine endogène. L'examen bactériologique ayant démontré que l'action directe du bacille de Hansen ne pouvait pas être invoquée pour expliquer ces lésions, d'ailleurs systématisées, Mr. Jeanselme est amené à penser que les scléroses médullaires dont il s'agit relèvent d'une intoxication. En présence de la léprotoxine, la moëlle semble réagir comme elle le fait en présence, de quelques poisons d'origine alimentaire et, en particulier, du poison de la pellagre.

Enfin sur l'anesthésie comparée dans la lèpre et dans la syringomyélie. Tout en faisant des réserves au sujet des cas de lèpre fruste qu'il n'a pas été à même d'etudier suffisamment, Mr. Jeanselme conclut que les deux affections se distinguent, l'une de l'autre, en ce qui concerne la sensibilité, par des caractères importants: Dans la lèpre, l'anesthésie est toujours symétrique, d'abord rubanée, segmentaire dans la suite, imparfaitement dissociée, et d'intensité graduellement décroissante en allant de la superficie de la peau vers la profondeur, et de l'extrémité libre des membres, vers leur racine. Elle est distribuée aux quatre membres, et respecte, en partie, la face et le tronc.

Dans la syringomyelie, l'anesthésie est souvent asymétrique, presque toujours segmentaire d'emblée, en général parfaitement dissociée et séparée par une limite brusque des régions sensibles sus, et sous jacentes. Il n'est pas rare qu'elle prenne la forme vestimentaire.

Ces qestions se rattachent directement à la série des travaux de notre éminent compatriote le docteur Zambaco-Pacha qui a écrit, pour cette conférence, une introduction à l'étude des rapports qui existent entre la syringomyélie, le mal de Morvan, l'Aïnhum, et la lèpre, étude qu'il a faite sienne, et rendue riche de résultats imprévus. Assurément, notre savant collègue a étendu, un peu au delà de la réalité des faits, le domaine nouveau qu'il créait; mais son oeuvre n'en reste par moins des plus remarquables, et il est de simple justice de proclamer qu'il a porté la lumière la plus vive sur un département considérable de la pathologie lépreuse. C'est lui qui nous a montré que nous méconaissions, dans notre propre pays, un certain nombre de cas de lèpre, et, bien que nous puissions démontrer que, là encore, le

savant passionné a annexé avec trop d'ardeur, nous n'en faisons pas moins entièrement devant lui amende honorable pour les faits que nous avions méconnus avant ses remarquables recherches. Elève des grands cliniciens du milieu de ce siècle Louis et Ricord, il a eu le rare mérite d'appliquer, avant la lettre, l'esprit de la méthode Pastorienne à ses travaux cliniques, en sachant regarder, voir, observer, penser et agir d'une façon nouvelle, et en poursuivant l'étude d'une seule et unique question scientifique à la fois. Exemple à suivre! Et methode féconde entre toutes.

Dans cette poursuite de la vérité conduite avec la passion qui mène aux grands résultats, Zambaco-Pacha a produit un nombre prodigieux de faits et d'idées, parmi lesquels quelques-uns doivent être distraits et réservés pour la discussion que sa haute loyauté scientificque admettra ardente comme il l'a produite lui même. Nous faisons, en ce moment, particulièrement allusion à ses convictions et à ses propositions, relatives à la contagiosité de la lèpre qu'il dénie, et à l'hérédité qu'il admet jusque dans ses plus extrêmes limites, nous combattrons énergiquement l'une est l'autre de ces deux propositions, à la fois par ce qu'elles ne nous semblent pas conformes à la réalite, et parceque leur admission serait de nature à détourner de la voie pratique et bienfaisante les médecins et les gouvernements dans la recherche des meilleures mesures à prendre pour la prophylaxie de la maladie! Mais, là encore, l'éminent auteur des Voyages au pays lépreux, et de la magnifique épopée lépreuse qu'il a intitulée les Lépreux ambulants de Constantinople, par l'agitation salutaire qu'il a produite dans cette question de extraordinairement ardue, aura contribuée, dans la plus large proportion, à provoquer, entre les idées, le choc salutaire d'où la lumière doit jailler, vive et fécondante! Honneur à lui!

Mr. Hallopeau, attire particulièrement l'attention de la conférence sur l'augmentation du flot lépreux, qui atteint la ville de Paris.

Déjà, il y a dix ans, exactement le onze Octobre 1887, j'avais signalé, moi même, à l'Académie de médecine de Paris, l'accroîssement considérable relativement, du nombre lépreux immigrant dans cette capitale en raison de la facilité sans cette accrue des transports maritimes. J'ai montré, dès cette époque, leur multiplication dans nos maisons hospitalières, et particulièrement dans notre Hôpital Saint-Louis, où ils sont attirés, et maintenus, non seulement par la célébrité de cet établissement, mais encore parceque les lèpreux, de quelque nationalité, et de quelque provenance, que ce soit, n'y sont j'amais refusés, qu'on les y garde indéfiniment, et qu'ils n'y sont astreints à rien d'autre que les malades de tout ordre qui y sont réunís, et traités.

Jusqu'à présent, sans isolement proprement dit, et grâce aux soins de toute espèce dont ils sont entourés: traitement actif interne et externe; lavages, balnéation, pansements occlusifs etc., il ne s'est pas produit de transmission connue. Mais nous ne saurions affirmer que cela n'est pas arrivé, ou n'arrivera pas. Et si sous le prétente de cette immunité paradoxale, on répandait l'opinion dangereuse que la lèpre ne peut se transmettre. Si la libre pratique était donnée iden-

tique en tout lieu, en toute condition, et sans exceptions, aux lépreux en nombre croissant que l'Asie et l'Amérique exportent parmi nous, il ne se passera peut-être pas un grand nombre d'années avant que la démonstration que je poursuis, et qui est faite en maint autre endroit où les conditions sont différentes, ne soit aussi réalisée dans l'Europe centrale. Cela surtout, quand l'émigration croissante des lépreux amènera dans de petites et pauvres localités des lépreux mal fortunés, et qui sont repatriés avant l'époque de la lèpre confirmée. Mettez de tels sujets dans un de ces misérables villages de pêcheurs, où le choléra, par exemple, fait, immédiatement et inévitablement, foyer, et vous serez fortement exposés à voire se produire, le temps nécessaire écoulé, un foyer nouveau, en quelque pays que ce soit.

Cette question, messieurs, qui s'impose aujourd'hui pour toutes les capitales de l'Europe, à l'attention des gouvernements, des administrations municipales, des médecins de tout ordre, a été, particulièrement, en ce qui concerne la ville de Paris, traitée pour cette conférence par Mr. Hallopeau qui vous présente un ensemble de mesures destinées à préserver l'avenir, tout en tenant le compte nécessaire des exigences de l'état social présent. C'est une de celles sur lesquelles la conférence devra se prononcer avec la plus grande précision, car en ce que concerne les pays non lépreux, aucune n'a plus d'importance, ne plus d'actualité.

C'est dans cette série d'actualité immédiate, et pratique, que Mr. Thibierge attire l'attention de la conférence sur la prophylaxie de la lèpre dans les pays où sa propagation est peu marquée, ou nulle en ce moment, et ne peut pratiquement reposer que sur des mesures très attenuées et absolument dépourvues de tout caractère vexatoire.

Il insiste, surtout, sur la nécessité de tenir compte, avant tout, des caractères propres de la contagiosité de l'incubation etc., de la lèpre, c'est à dire de conditions absolument exclusives à cette maladie. Et il a deposé; dans son travail, tout ce que est relatif — dans les conditions particulières qu'il a visées — aux visites sonitaires, à la declaration, à l'isolement, en indiquant les pratiques inutiles ou inapplicables et en précisant celles qui sont exécutables pratiques, et suffisantes dans les conditions semblables a celles qu'il a particulièrement indiquées.

Mais c'est sous une impression plus immédiate encore, et avec plus d'urgence que Mrs. Gémy et Raynaud, d'Alger, signalent a la conférence, avec tous les documents à l'appui, l'existence, à Alger, d'un foyer lépreux en formation. Très rare dans cette ville, et dans les autres centres de l'Algérie, aussi bien chez les Musulmans que chez les Israélites, la lèpre s'accroît parmi les membres de l'immigration espagnole. En dix années, nos collègues ont pu recueiller vingt observations complétes de lèpre ayant cette origine, et ils n'estiment pas à un chiffre inférieur le nombre des lépreux de la même catégorie qu'ils n'ont pu observer personnellement.

Nous ajouterons que, dans la formation de ces foyers, rien ne rappelle le foyer constantinopolitain exclusivement composé de Spaniotes israélites; aucun des lépreux espagnols d'Alger n'est israélite, et parmi les lépreux indigènes il ne paraît pas qu'il y ait plus d'Israélites que de Musulmans.

Jusqu'à l'heure présente les foyers nouveaux des ports de l'Algérie n'ont pas manifesté d'expansion; ils sont simplement en voie de formation, et si l'on n'y met ordre, leur accroissement, avec ses conséquences éventuelles, est certain. C'est donc avec la plus grande raison que M. M. Gémy et Raynaud signalent la formation de ces foyers, et qu'ils proposent un ensemble de mesures qui s'imposent, et qui sont le seul moyen d'éviter à nos confrères du vingtième siècle la tâche d'écrire l'histoire des foyers lépreux des ports de l'Algérie.

Bien que j'aie terminé, messieurs, l'exposé sommaire des contributions apportées à la Conférence par mes compatriotes, je manquerais à un devoir sacré, si je n'évoquais, dans cette séance solennelle, les noms de deux savants français qui y eussent brillé au premier rang: Henri Leloir, Henri Feulard! Leur mort prematurée est une perte cruelle pour la léprologie.

Henri Leloir, auteur du Traité théorique et pratique de la Lèpre, avait déjà, très jeune encore, donné les preuves de sa haute valeur.

Henri Feulard, en était encore aux promesses, mais elles étaient certaines et magnifiques. C'est lui qui devait, dans cette conférence, exposer l'état actuel de la Lèpre dans les colonies françaises. Doué du génie de l'organisation des assemblées scientifiques, promoteur et organisateur du I. Congrès international de Dermatologie, son concours eut été précieux pour l'organisation définitive de la Conférence.

Messieurs.

Une fois constituée d'une manièreaussi solennelle, la conférence pour la Lépre, véritable ligue du bien public contre la maladie lépreuse, ne doit par être rompue avant le jour, ardemment rêvé, ou un travailleur de génie, ou bien un chercheur heureux trouveront le remède veritable de la lèpre, l'antitoxine absolue. Aux gouvernements qui nous ont delégués, à nous tous, messieurs, il appartient, dès à présent, d'assurer l'existence de notre ligue, et de la constituer sur des bases solides.

Les gouvernements décideront les conditions dans lesquelles seront institués des allégués spéciaux chargés des actes sanitaires à remplir, des décisions à exécuter. Mais, en même temps, nous pensons que, selon les usages établis dans les Congrès, la conférence doit assurer directement son existence en préparant, en organisant, des réunions à des époques, et en des lieux, déterminés par elle. Si le délai triennal, qui nous paraît au moins nécessaire, à la fait en raison des travaux, à exéuter, et aussi pour que nos rèunions soient matériellement possibles; si le délai triennal était adopté par vous, et dans le cas où cela vous paraîtrait utile et opportun, nous offrons, de grand coeur, de recevoir la Conférence à Paris en 1900, au moment de l'exposition internationale qui doit avoir lieu, en cette année, dans cette ville. Notre grand Hôpital Saint-Louis, qui doit, à cette époque, recevoir les membres du IV. Congrès international de Dermatologie, serait très honoré de recevoir également, les membres de la II. Conférence pour la Lèpre.

J'ai terminé, messieurs, et il ne me reste qu'a m'excuser de n'avoir pas eu le temps d'être plus concis, et à vous remercier de votre attention bienveillante!

Herr **Armauer Hansen** (Bergen):

Da wir die Isolation der Leprösen besprechen und hoffentlich anrathen werden, erlaube ich mir einige allgemeine Gesichtspunkte über diese Frage zu berühren.

Man behauptet vielfach, dass wir grausam und inhuman sind, wenn wir die armen Leprösen isoliren wollen. So schrieb man jedenfalls in Norwegen, als wir im Jahre 1885 das Gesetz bekamen, demzufolge die Gesundheitskommissionen die Macht erhielten, die Leprösen zwangsweise in die Isolirungsanstalten einzubringen, wenn dieselben die ihnen gegebenen Vorschriften für Isolation in der Heimath nicht befolgen konnten oder wollten. Man beraubte, wurde behauptet, die Unglücklichen des Schutzes, auf den sie ein Recht hatten, und statt dieselben mit Mitleid zu behandeln, fügte man zum Unglück der Krankheit noch die Härte, sie aus der menschlichen Gesellschaft auszustossen. Dies sei weder menschlich noch human. Ich fürchte, die menschliche Gesellschaft könnte verödet werden, sollten wir es dem Schicksal allein überlassen, die Zahl der Krankheitsfälle zu reguliren. Niemand bedenkt sich, gegen Typhus oder Cholera einzuschreiten, und warum soll man nicht gegen eine chronisch verheerende Krankheit kräftige Maassregeln ergreifen?

Das oben wiedergegebene Räsonnement klingt sehr menschlich, ist aber nach meiner Auffassung ein Ergebniss ungesunder Gefühlsrichtung.

Niemand wird behaupten, dass ein Luetiker es als ein Menschenrecht ansehen kann, seine Mitmenschen zu inficiren. Warum soll denn ein Lepröser dieses Vorrecht haben?

Lepra ist doch gewiss eine verheerendere Krankheit als Syphilis. Nun, der Syphilitiker ist meist selbst Schuld daran, dass er seine Krankheit bekommen hat; der Lepröse aber ist meist ganz unschuldig. Giebt ihm dies aber ein förmliches Privilegium, anderen Menschen seine Krankheit mitzutheilen?

Ein kranker Mensch hat neben seinem Rechte auch Pflichten, und die grösste und heiligste Pflicht muss sein, seine Mitmenschen nicht zu gefährden. Ferner haben die Gesunden auch ihre Menschenrechte, und zu diesen gehört offenbar auch, sich gegen die Krankheit zu wehren. Glücklicherweise aber sind die Gesunden in der Majorität, und es wäre unzweifelhaft thöricht, diese Majorität, wenn möglich, in in eine Minorität zu verwandeln. Die Menschheit ist offenbar sanitär am glücklichsten, je mehr Gesunde da sind, und man würde geradezu das Unglück der Menschheit vergrössern, wenn man erlaubte, dass beliebig viele krank werden.

Ich finde es dagen viel humaner, die Menschen gegen Lepra zu schützen, als den Leprösen das Recht und die Gelegenheit zu geben, auch andere leprös zu machen, und ich zweifle nicht, dass wir der Menschheit einen grossen Dienst leisten würden, wenn wir dieselbe von Lepra befreien könnten; das aber ist unzweifelhaft möglich.

Vielleicht und wahrscheinlich werden einige Lepröse dabei etwas mehr leiden, als wenn sie frei umher gehen könnten. Richtet man aber die Isolationsanstalten gut ein, so wird das überschüssige Leiden so unbedeutend sein, dass es dem grossen Ziele gegenüber gar nicht in Rechnung kommen kann. Das schlimmste ist das Scheiden aus der Familie, aber ein vernünftiger und rechtdenkender Mensch

wird gerade aus Rücksicht für die Familie lieber weggehen, als dieselbe einer steten Gefahr durch sein Bleiben aussetzen.

Auch aus ökonomischen Rücksichten muss man für die Bekämpfung der Lepra eintreten.

Ein jeder Kranker ist ein schlechter Arbeiter und somit ein ökonomischer Verlust für die Gesellschaft. Es ist in diesem Sinne auch materiell ausserordentlich vortheilhaft, der Krankheit vorzubeugen. Keine Gelder tragen so gute Zinsen wie die, welche zu sanitären Zwecken verwendet werden. Was speciell die Lepra betrifft, so kann ich mittheilen, dass Norwegen von 1866—1890 ziemlich genau 6 Millionen Kronen auf die Bekämpfung der Lepra verwendet hat, und dass es in diesen Jahren ungefähr 15 Millionen Kronen dadurch gespart hat, dass so viele Menschen von der Lepra verschont geblieben sind.

Das kommt in folgender Weise heraus. Von 1856 bis 1860 sind 1151 neue Fälle von Lepra eingetroffen. Wäre nichts gegen Lepra vorgenommen, so würden wir in den 6 folgenden Lustren bis 1890 in jedem wenigstens ebenso viele neue Fälle, wahrscheinlich mehrere, bekommen haben. Das macht also wenigstens 1151 mal 6 gleich 6906 neue Fälle; in Wirklichkeit sind aber in diesem Zeitraum nur 3799 Fälle eingetroffen; der Unterschied 3107 Menschen sind also von der Lepra verschont geblieben. Rechne ich den Kapitalwerth eines Arbeiters nach 500 Kronen jährlicher Einnahme zu 10000 Kronen und ziehe hiervon noch die Hälfte, weil so viele Frauen und Kinder unter den Verschonten sind, ab, so dass der Durchschnittswerth der Verschonten nur 5000 Kronen wird, so macht dies 15,535,000 Kronen. Natürlich kann eine solche Rechnung nicht auf absolute Gültigkeit Anspruch machen; jedenfalls habe ich aber nicht zu hoch gerechnet.

Ich behaupte also:

Es ist viel humaner, der Krankheit vorzubeugen, als den Kranken eine gewiss aus gutem Herzen stammende, aber etwas sentimentale Schwäche zu erweisen, und es ist nationalökonomisch sehr vortheilhaft, Geld auf die Vorbeugung gerade dieser Krankheit zu verwenden.

Anders allerdings würde die Frage liegen, wenn wir grössere Fortschritte in der Therapie der Krankheit gemacht hätten, leider dürfen wir bis heute uns derselben nicht rühmen.

Zwar haben mehrere Forscher behauptet, die Lepra heilen zu können, so mein Landsmann Dr. Danielssen, der sein ganzes Leben dieser Aufgabe widmete, und doch hat er nach mehr als 50-jähriger Arbeit nach meiner Auffassung keinen einzigen Leprösen geheilt.

Ich muss hier bemerken, dass nach meiner Auffassung der Krankheit diese ihren natürlichen Gang zur Heilung geht, so dass alle Leprösen, wenn sie nur lange genug lebten, als geheilt enden würden. Das ist der natürliche Gang aller Bacillenkrankheiten, der akuten wie der chronischen, sie tödten den Patienten oder heilen. Wenn man so viele lepröse Patienten behandelt wie Dr. Danielssen, dann sind unter ihnen natürlich auch einzelne, deren Heilung während der Behandlung stattfindet, und so meinte Danielssen, dass die Behandlung daran Schuld war. Ich habe mehrere der geheilt entlassenen Patienten später gesehen, und ganz einzelne sind auf demselben Standpunkte

geblieben als da sie entlassen wurden, bei den meisten aber haben sich die Anästhesien und Atrophien wie gewöhnlich weiter entwickelt, das heisst, ihre Heilung ist weiter geschritten, bei einzelne sind neue Ausbrüche der Krankheit gekommen. Die letzteren sind also nicht geheilt gewesen.

Trotzdem Dr. Danielssen meinte, die Lepra in einigen Fällen heilen zu können, so prüfte er doch alle von anderswo empfohlene neue Mittel und dabei geschah das Eigenthümliche, dass diese sämmtlich in seinen Händen fehlschlugen; er prüfte alle Mittel gewissenhaft, nach den gegebenen Vorschriften, aber alle waren sie wirkungslos. Ich glaube dem Andenken des hervorragenden Mannes nicht zu nahe zu treten, wenn ich sage, dass er mit seiner grossen Kenntniss der Krankheit fast immer Fälle zur Behandlung wählte, die der Heilung ganz nahe waren, dies aber nicht um Andere zu täuschen, sondern weil er im Anfang seiner Thätigkeit sehr bald die Erfahrung machte, dass tuberöse Fälle fast nie heilten, wohl aber maculo-anästhetische, und weil er die späteren Anästhesien nicht wie ich als Resultate der Heilung ansah, nur frische Fälle; denn bei diesen tritt fast immer ein Zeitpunkt ein, wo die Hauteruptionen geschwunden sind und die Anästhesien noch nicht voll entwickelt sind, und zu diesem Zeitpunkt sehen sie fast wie normale Menschen aus, sind es auch bisweilen und verbleiben es fortwährend, wenn auch selten. Dem scharfen Blicke des Dr. Danielssen konnte es natürlich nicht entgehen, dass dieser Zustand ohne Behandlung auch eintrat, er meinte aber, dass die letztere wesentlich dazu beitrug und auch dazu denselben zu bewahren. Hierin irrte er sich jedoch. Bei der Prüfung der von anderen empfohlenen Mittel war er, wie wir alle, in seinem Urtheil nicht so wohlwollend als sich selbst gegenüber, und daher schlugen alle diese Mittel fehl.

Es ist in unserer Zeit ganz natürlich, dass man auch der Lepra gegenüber die neuere antibacterische und antitoxische Therapie in Anwendung bringt. Unser College Unna in Hamburg hat das schon vor mehreren Jahren versucht und behauptet, dass er die Lepra geheilt hat. Dr. Danielssen prüfte seine Methode, die aber norwegische Lepröse nicht heilte.

Das Neueste in dieser Richtung ist Dr. Carrasquilla's Behandlung mittelst antileprösen Serums, das er in der Weise gewinnt, dass er den schon immunen Thieren, wie Pferden, Blut von Leprösen injicirt oder auch zerriebene Knoten, und von den so behandelten Thieren das Blutserum benutzt. Bevor wir diese Behandlung bei uns geprüft haben, kann ich selbstfolglich kein sicheres Urtheil fällen. Ich glaube aber, dass das Blutserum der immunen Thiere als solches eben so gut wirken dürfte wie das der behandelten Thiere, denn bisher kennen wir keine Immunität bei Leprösen, die bis zum Tode immer neuen Eruptionen ausgesetzt sind, also nicht immun sind; es scheint mir daher unwahrscheinlich, dass ihr Blut irgend eine immunisirende Substanz enthalten kann.

Jedenfalls sind noch alle therapeutischen Versuche bei Lepra bisher so entschieden misslungen oder wenigstens unsichere, dass wir für die Bekämpfung der Krankheit uns denselben nicht anvertrauen können.

Wir handeln daher offenbar am vernünftigsten und am humansten,

wenn wir durch die Isolation der Kranken der Verbreitung der Krankheit entgegentreten, um dieselbe endgiltig auszurotten.

Wir müssen nur hoffen, dass wir die Krankheit so lange behalten, dass wir Gelegenheit haben jedenfalls die grössten der vielen interessanten Räthsel, welche die Lepra bietet, zu lösen.

Und selbst wenn dies nicht eintreffen sollte, haben wir kaum ein Recht uns darüber zu beklagen, dass wir der Natur einige Räthsel nicht entlockt haben, wenn die Menschheit trotzdem glücklicher und gesünder geworden ist. Es werden für die Forscher genug der Räthsel übrig bleiben.

Herr **Phineas Abraham** (London):

Mr. President and gentlemen! I may be allowed to express the thanks of British men of science to the organizers of this important Conference and to the enlightened Government under whose auspices this Conference is held.

I regret that Mr. Hutchinson is prevented through indisposition to be present here. He says as follows:

Mr. **Jonathan Hutchinson** (London)[1]:

On Leprosy and its connection with the use of uncooked fish as food.

My interest in the subject of Leprosy dates from the year 1858. A careful examination of the excellent Report published by the Royal College of Physicians led me to the clear conclusion that the disease was not contagious and further that from its sameness in all climates it was connected with food rather than with any more exclusively local conditions. Very soon after this date I published anonymously the expression of my belief that the disease must be caused in some way by the use of fish as food. In 1864 I wrote an article in the London Hospital Reports which again expressed the same creed. In 1867 I visited Norway in order to study the disease on a larger scale and had much conversation with Professor Boeck, Danielssen, Dr. Bidenkap and others. Having listened attentively to their arguments and criticisms I returned home with my belief much strengthened. None had suggested any other probable or even possible cause and all that I had seen afforded strong confirmation of my creed. Since 1867 I have diligently availed myself of all opportunities for increasing my knowledge of the malady and of the circumstances under which it occurs. During these thirty years I have conversed with observers from all parts of the world, and a not inconsiderable proportion of the small number of Lepers who have found their way to England have come under my observation.

In 1889 at the initiation of H. R. H. the Prince of Wales a Leprosy Investigation Committee was formed in London. Under the auspices of this Committee a Commission was sent out to India and a Journal published in England and finally, prices were offered for

1) Verlesen von Herrn Phineas Abraham.

essays on various topics in connection with the disease. The journal was ably conducted for two years by Dr. Abraham. The Indian Commission furnished a most valuable Report and a series of five prize essays were produced and published. I may without boasting record that I had been an active member of all the sub-committees which had arranged these various works and that it had been my duty to make myself familiar with their details. Such then are the credentials which I venture to present to my colleagues in the Berlin conference of 1897 when I ask to be allowed to again reiterate my conviction, a conviction which strengthens every year, that the cause of Leprosy is the use of fish, in certain condition, as food.

Paganini is said to have delighted his auditors by his skill in fiddling on one string. Like him I have but a single string to my fiddle for in comparison with this all other departments of the Leprosy question seem to sink into insignificance — it is to be feared however that I may not have his success in giving satisfaction to those who hear me. I may be charged with monotony or even with pertinacity in the face of facts. In as much as I can only repeat arguments which I have used many times before, I will endeavour to be very brief.

In the first place I will remind the conference that the rough facts as to Leprosy are very strongly in support of my hypotheses. Leprosy prevails in islands, on coasts, in river valleys in other places where fish is abundant. It prevails amongst poor populations and in half civilized communities and as a rule it disappears as the practice of agriculture advances. Yet it is certainly not in any way necessarily connected with hardship, poverty, exposure to cold, or filthy habits, for in many places where these conditions prevail it is unknown, whilst in the beautiful Islands of the West Indies it attacks all classes of Society. It is impossible to regard it as a climatic disease; it is equally impossible to connect it with poverty or neglect of external hygiene.

The suggestion that it spreads by contagion might well fit some of the facts but it is absolutely incompatible with many others. That it may possibly be contagions in the same sense that tubercular diseases (lupus for instance) are contagions may for arguments sake be admitted. The evidence is however overwhelming that this is not the ordinary mode of its initiation. It has entirely died out in some communities in spite of the utter neglect of precautions against contagion, and it has continued to prevail in others where the most cruelly efficient measures have been adopted. Strongest of all however is the fact that lepers may be allowed to mix freely with others in non-leprous countries.

In England no precautions whatever have been taken of late years.

Much the same has, I believe, been the case in the United States, where many Norwegian lepers have been introduced, yet no single instance of contagion has been recorded. The general verdict of recent authorities who have investigated the facts in the great leprosy centres has been adverse to a belief in contagion. Briefly if leprosy were spread by contagion it would never leave a country where it had once got footing and it might be expected to spread inland without regard to local peculiarities, and in fact to assume an universal prevalence.

The results of inoculation experiments have shewn that it is most difficult to convey the disease by this method and have by no means even proved that it is possible.

The belief that leprosy is hereditary has been much discredited by the report of the Indian Commission and also by the general observation that lepers who emigrate to countries where the disease is unknown do not transmit it.

If then leprosy be, for practical purposes neither contagious nor hereditary; if it have no essential connexion with poverty or with climate we are driven to the conclusion that it is caused by something taken into the system as food. Now there is no article of food open to suspicion the use of which is in any degree peculiar to leprosy districts excepting fish. It is a misconception of the fish hypothesis to suppose that it implies a large consumption of fish. It is certainly the fact that in most leprosy-centres the consumption of fish is very large but probably quality is of far more importance than quantity. It may be the fact that very small quantities of certain kinds of fish — half salted, sun dried, partially decomposed, and in all cases insufficiently cooked — may suffice for the result. This suggestion permits me to put aside a certain class of evidence — not large in amount — which would appear to shew that leprosy may occur to those who do not eat fish. This kind of evidence comes chiefly from India where amongst certain classes the use of fish as food is forbidden by religion or where fish is difficult to obtain. Nothing is more certain than that in India as else where the testimony in general is that it is the known fish-eaters who suffer most.

The supposed exceptions are but few. Now no one familiar with the difficulties of obtaining trustworthy answers to questions from the classes which furnish the lepers of India will, I believe, blame me when I say that I reject their testimony when it is alleged that fish has never been eaten. They testify to what is extremely improbable and we may very reasonably claim to wait for corroboration. As to there being in any part of the world places where dried or preserved fish cannot be obtained for use as a condiment; incredulity is probably well justified. Again begging pardon for repetition I allege that precisely in proportion to the difficulty in procuring salted fish is as a rule the acknowledged infrequency of leprosy.

Persia is one of places often mentioned as an instance of occurence of leprosy in a country where fish cannot be obtained. On the authority of Captitain Vaugham wo has recently published his travels. I may now stated that salted fish is a very commun article of food. The question will naturally be asked how does the fish-hypothesis, or any food-hypothesis, square with the demonstrated presence of a bacillus? We know I think enough as to the laws of life in vegetable parasites to recognise the probability that these organisms may require very special forms of food. There is nothing in the least improbable in the supposition that peculiar stimulants may be required to rouse them into vital activity. Of late years our creed as to the probable latency of germs (and in particular of the tubercle bacillus) have been largely extended. It is now, I believe, admitted by many

that this parasite may remain in the tissues in a state of absolute latency for many years and even for a life, ready under favouring circumstances to manifest its activity. If the bacillus of Leprosy is probably closeby allied to that of tubercle and that it may be latent for many years has been fully proved.

An instructive parallel might I think be drawn between leprosy and certain forms of lupus.

It is even within the range of possibility that of the bacillus of Leprosy may be after all a modified form of that of tubercle. The modifying influence may be some chemical stimulent taken into the system as food. This is one hypothesis. A second and possibly the more probable one is that the bacillus itself is received with the food. In different cases both of these methods may probably come into play in the production of leprosy. At any rate it is I contend easy to shew that the existence of the bacillus by no means excludes the hypothesis that the malady is one due to food and not either to external contagion or to telluric influences.

It remains but to add that if the food-hypothesis be the true one all measures for the compulsory segregation of lepers are useless and cruel. If the disuse of all forms of half-cured or uncooked fish is I feel convinced the simple measure which ought to be enforced in districts in which leprosy is prevalent.

Herr **Albert Neisser** (Breslau):

Diese Conferenz, zu der wir hier dank der Initiative einer Anzahl hochgeschätzter Collegen, dank der Einladung der Deutschen Reichsregierung versammelt sind, hat eine über Zweck und Ziele sonstiger wissenschaftlicher und internationaler medicinischer Congresse weit hinausgehende Bedeutung. Gewiss wird Niemand verkennen, welch reiche Förderung die Wissenschaft auf jedem Congresse durch den Meinungsaustausch der einzelnen Forscher und nationalen Schulen erfährt und Niemand wird missachten die Festigung des die Nationen verbindenden Friedensgedankens, die jede, dem Wohl der ganzen Menschheit dienstbar gemachte gemeinsame wissenschaftliche Arbeit erzeugt. Diese Zusammenkunft aber soll und wird mehr bieten.

Es steht nur ein wissenschaftlicher Gegenstand auf unserer Tagesordnung; aber gerade in dieser Beschränkung, welche eine wirkliche Auf- und Durcharbeitung des Stoffes, eine allseitige Beleuchtung und uneingeschränkte Discussion ermöglicht, dürfen wir eine sichere Gewähr für einen reellen wissenschaftlichen Erfolg erblicken, um so mehr, als nur berufene Männer, mit dem vorliegenden Stoffe durch eigene langjährige Arbeit vertraute Forscher und Aerzte hier zusammengetreten sind.

Und giebt es einen medicinisch-wissenschaftlichen Stoff, der geeigneter wäre, die Mediciner **aller** Nationen zu interessiren als die Lepra? Ueberall auf allen Continenten finden wir die furchtbare Seuche, zum Theil in beängstigender Vermehrung begriffen, überall sehen wir die medicinische Wissenschaft an der Arbeit, das Wesen der Krankheit zu ergründen, Heilmethoden zu suchen und der Verbreitung entgegen zu arbeiten. Kaum ein Zweig der Medicin hat eine so einheitliche, ineinandergreifende, nicht an Sprache und Nation gebundene

internationale Literatur als die Lehre von der Lepra, mag sie der vergangenen oder der jüngsten Zeit entstammen.

Diese internationale Versammlung verdankt ihr Zustandekommen aber nicht nur der freiwilligen Betheiligung einzelner Forscher der verschiedenen Länder und Staaten, sondern, und das scheint mir von der allergrössten Bedeutung, der Unterstützung und Mitwirkung der Regierungen und ihrer Vertreter, die zu gemeinschaftlicher Arbeit mit uns Aerzten versammelt sind an einem grossen, der ganzen Menschheit Segen spendenden Werke.

So hoch man die Bedeutung der reinen Wissenschaft auch stellen mag, die medicinische Wissenschaft kennt doch schliesslich nur eine Aufgabe, sicherlich ist es ihre höchste, dem Wohle und der Gesundheit der Menschen zu dienen. Die Medicin soll sein, was die deutsche Sprache so schön ausdrückt „Heilkunde".

Was aber hat bisher die Medicin der Menschheit in Bezug auf die Lepra gebracht? Therapeutisch herzlich wenig, fast nichts; und doch viel, weil sie die Wege gezeigt hat, um die Krankheit mit Erfolg einzudämmen und ihre weitere Verbreitung zu verhüten.

Practische Prophylaxe aber gegen eine Seuche, wie die Lepra, liegt nicht mehr in der Machtsphäre der Aerzte. Auf die Selbsthülfe der Völker zu rechnen, wäre Thorheit. So sind wir denn auf die mit ihrer Autorität auftretende gesetzlich geordnete Regierungsgewalt angewiesen; nur sie kann hier helfen, und deshalb begrüssen wir Aerzte und Vertreter der wissenschaftlichen Medicin den Zusammentritt dieser officiellen internationalen Sanitäts-Commission mit dankbarer Freude. Wir empfinden nicht nur eine stolze Genugthuung über die unsern bisherigen wissenschaftlichen Bemühungen gezollte Anerkennung. Wir sehen unsere Arbeit belohnt durch die Aussicht, überall auf der Erde eine practische thatsächliche Ausführung dessen zu sehen, was klinische und Laboratoriumsarbeit als nützlich und nothwendig zum Kampfe gegen die Lepra hingestellt haben.

Vielleicht und hoffentlich hat die gegenwärtige zur Bekämpfung der Lepra versammelte Conferenz eine über den Rahmen dieser einen Krankheit hinausgehende Bedeutung. Ausser der Lepra sehen wir noch andere endemische Volksseuchen, besonders die Tuberculose und unter den venerischen Krankheiten die Syphilis, Gesundheit, Leben und nationalen Wohlstand überall schädigend um sich greifen. Freilich bei keiner dieser Endemien ist die Nothwendigkeit einer Prophylaxe eine so eminente, wie beim Aussatz, weil bei keiner andern so sehr die Möglichkeit, die bestehende Krankheit zu heilen, fehlt. Aber auch bei den anderen Volksseuchen thut eine kräftige, auf gesetzgeberischen und Verwaltungsmaassnahmen basirende practische Hygiene noth, und so hoffen wir Aerzte, dass dieser Lepraconferenz bald weitere, die Prophylaxe der anderen chronischen Volkskrankheiten in's Auge fassende Conferenzen folgen mögen!

Wie aber soll die Praxis, die Gesetzgebung und die Administration eingreifen, wenn ihr nicht durch eine gesicherte Erkenntniss der Krankheit, ihrer Ursachen und ihrer Verbreitung eine Actionsbasis geboten wird?

Nun glücklicherweise glauben wir diese Basis genau formuliren zu

können. Wir glauben mit aller Schärfe behaupten zu dürfen: die Lepra ist eine Infectionskrankheit und sie verbreitet sich, wenn nicht ausschliesslich, so wesentlich durch Uebertragung von Mensch zu Mensch.

Es sei mir gestattet, in ganz kurzen Zügen die solcher Auffassung zu Grunde liegenden Beobachtungsthatsachen zu skizziren.

Wir kennen den die Lepra erzeugenden, der Classe der Bacillen angehörigen Mikroorganismus, den Bacillus leprae. Die Entdeckung und Kenntniss dieses Bacillus knüpft sich an den Namen eines Mannes, der für alle Zeiten mit der Lepra-Erforschung zusammenhängt, Armauer Hansen, und ich darf hinzufügen, an meinen eigenen. 1873 war es, als Hansen zum ersten Male stäbchenförmige Gebilde beschrieb, die er als die Bakterien der Lepra vermuthen durfte. Seit meiner Publication im Jahre 1879 und durch die Arbeiten zahlreicher Untersucher wissen wir dann, dass es keinen als sicher erkannten Krankheitsfall auf der ganzen Erde giebt, bei dem dieser Bacillus sich nicht nachweisen liesse, und zwar in Menge und Localisation, welche geeignet sind, alle jeweilig vorhandenen Krankheitserscheinungen in befriedigender Weise zu erklären.

Dieser Bacillenbefund ist ein absolut constanter. Aber noch mehr: er ist das einzig constante Merkmal aller Leprakranken, denn er ist gänzlich unabhängig von Rasse, Geschlecht, Alter, Ernährungsweise, Beschäftigung, Wohnort und klimatischer Umgebung des Kranken.

Der bei der Lepra vorhandene Bacillus ist characteristisch für die Lepra und lässt sich von allen bei anderen Krankheiten des Menschen und der Thiere gefundenen Bacillen mit Sicherheit unterscheiden.

Diese beiden Momente aber zusammengenommen genügen, um die Lepra mit Sicherheit als eine durch diesen Bacillus erzeugte Krankheit anzusehen, obgleich uns die Möglichkeit, mit ausserhalb des Menschen hergestellten Reinculturen oder mit dem Leprabacillus selbst die Krankheit auf Thieren zu erzeugen, fehlt. Leider können wir zur Zeit weder die Bacillen cultiviren, noch ist uns irgend ein Thier, das für Lepra empfänglich wäre, bekannt.

Wie aber kommt die Infection mit dem Krankheitserreger, dem Leprabacillus zu Stande? Fehlt uns auch eine unanfechtbare positive, ich möchte sagen, experimentelle Kenntniss über diesen Punkt, so halte ich unsere Anschauung doch durch die sorgfältige Verfolgung der kleinen circumscripten und im Entstehen begriffenen Lepraepidemien von Fall zu Fall für ausreichend gefestigt und erwiesen, um der praktischen Hygiene den Weg zu weisen.

Die Verbreitung der Krankheit vollzieht sich, so weit wir überhaupt etwas positives wissen, nur durch directe Uebertragung von Mensch zu Mensch. Nirgends und nie ist Jemand leprös geworden, der nicht mit Leprösen in Berührung gewesen. Nirgends und nie ist Lepra autochton entstanden: immer hat sich ein, wenn auch vielleicht verschlungener Infectionsweg mit Leprösen nachweisen lassen.

Wir wissen nichts von Lepra bei Thieren; wir wissen nichts von einem am Boden haftenden und daselbst vermehrungsfähigen Miasma;

wir wissen nichts von einer durch Gegenstände vermittelten und verschleppten Infection; alles spitzt sich zu auf den einen Satz: der Mensch selbst ist die einzige Quelle für Neuerkrankungen. Nur durch directe Berührung mit Kranken kann die Lepra erworben werden.

Die Lepra gehört demgemäss in die Klasse der contagiösen Infectionskrankheiten, und ihre Bekämpfung beruht darauf, die Möglichkeit, dass von kranken Menschen der Krankheitserreger auf andere Menschen übergehe, abzuschneiden.

Die Feststellung, dass eine Krankheit contagiös sei, sagt aber noch nichts über den Grad der Contagionsgefahr, und für die Lepra steht es glücklicher Weise fest, dass selbst bei gegebener Contagionsgelegenheit die Infection nicht eine mit unbedingter Nothwendigkeit eintretende, nicht eine unvermeidliche sei.

Die verschiedenen Formen der Lepra sind nicht in gleichen Grade gefährlich; in um so geringerem Grade, je weniger an der Körperober- und Aussenfläche, an Haut und Schleimhaut der Kranken, den Austritt von Bacillen ermöglichende bacilläre Krankheitsherde, in offenem, ulcerirtem Zustande vorhanden sind. Freilich muss man mit der Thatsache rechnen, dass auch scheinbar unversehrte Haut und Schleimhaut Bacillen abstossen kann, und dass alle der Mund- und Rachenhöhle entstammenden Bacillen auf grosse Distanzen durch Sprechen, Husten, Niesen u. s. w. verschleppt und zerstreut werden.

Ein weiterer Factor von Bedeutung ist, dass wahrscheinlich nicht alle den Körper verlassende Bakterien als lebend und virulent anzusehen sind.

Zu dieser die Gefährlichkeit des leprösen Menschen als Infectionsquelle herabmindernden Momenten kommt seitens der der Infection ausgesetzten Menschen hinzu die Thatsache, dass der Infectionsstoff nicht leicht seinen Eingang in den Menschen findet, dass häufig trotz reichlicher und andauernder Infectionsgelegenheit, wie sie das familiäre Zusammenleben mit sich bringt, doch keine Infection aller Zusammenlebenden sich entwickelt. Diese Thatsache ist bekanntlich eines der Hauptargumente der Gegner unserer contagionistischen Anschauung.

Aber wie immer sind vereinzelte negative Befunde nicht als positive Argumente zu verwerthen. Wir wenigstens glauben diese Fälle von ausbleibender Infection nur für die Annahme verwerthen zu können, dass eben besondere, die Infection begünstigende Momente sowohl von Seiten der Kranken, wie auf Seiten der der Infection Ausgesetzten vorliegen müssen, um sie zu Stande zu bringen. Wir müssen bei der Lepra, wie bei den meisten Infectionskrankheiten eine verschieden grosse Empfänglichkeit der einzelnen Individuen annehmen, mag man sie als Prädisposition für die Ansteckung oder als Immunität gegen Infection auffassen.

Weiss man doch auch über die Wege, welche das in den Körper eintretende Virus nimmt, nicht das Geringste. Vielleicht handelt es sich um directe cutane Infection mit sogenannten Initialaffecten an der Haut. Ich persönlich denke mehr an die Möglichkeit, dass die Aufnahme der Keime durch die Respirationsluft vor sich geht und dass

erst von innen heraus die Infection der Haut, der Schleimhaut, der Nerven etc. erfolgt. Denkbar ist natürlich, dass auch vom Darmcanal aus die allgemeine Infection zu Stande kommt.

Mag aber die Wahrscheinlichkeit einer contagiösen Uebertragung von Lepra auf Gesunde hoch oder niedrig angeschlagen werden, jedenfalls wird man in jedem einzelnen Falle und überall, wo Lepröse leben, mit der Möglichkeit der Contagiosität rechnen, aber nach den Besonderheiten des einzelnen Falles die Grösse der Gefahr abschätzen müssen. Es wäre durchaus falsch, die verschiedenen Krankheitsformen der Lepra und bei derselben Erkrankungsform alle Individuen mit gleichem Maassstabe beurtheilen zu wollen.

Eine Vererbung der Lepra anzunehmen, liegt meiner Ueberzeugung nach kein Grund vor. Alles, was man als erbliche Uebertragung angesehen hat, ist Infection, begünstigt durch das familiäre Zusammenleben der Familienmitglieder. Dadurch sind auch die Fälle, dass zuerst die Kinder und später die Eltern erkranken, leicht erklärlich.

Je intimer also in Folge enger räumlicher Wohnungsverhältnisse das Zusammenleben sich gestaltet, je mehr Armuth und Gewohnheit die Menschen in enge Räume zusammenpfercht, je mehr Unwissenheit und Unbildung sich in Sorglosigkeit und Abgestumpftsein gegen Krankwerden äussert, um so mehr macht sich die familiäre Ansteckung geltend und wir dürfen mit Recht heut die Lepra als eine Krankheit der Armen und Ungebildeten betrachten.

Jede andere Annahme, als die einer bacillären Aetiologie möchte ich als eine durchaus unbewiesene Vermuthung erklären.

Acceptiren wir die vorgetragene Auffassung der Lepra, dann haben wir diese auch vom ätiologischen Standpunkt aus da einzureihen, wohin sie von pathologisch-anatomischen Gesichtspunkten aus Virchow schon vor Jahrzehnten gestellt hatte, zusammen in eine Gruppe mit der Syphilis, der Tuberculose, dem Rotz u. s. w. Pathologisch-histologisch formiren sie alle die Classe der Granulationsgeschwülste und ätiologisch haben wir es mit bakteriellen chronischen Krankheiten der Menschen resp. der Thiere zu thun.

Es ist zwar verlockend, wäre aber ein tadelnswerther Raub an Ihrer kostbaren Zeit, wollte ich nun die Aehnlichkeiten und Unterschiede dieser so nah verwandten Infectionskrankheiten erörtern.

Hier an dieser Stelle und bei dieser Gelegenheit ist meiner Ueberzeugung nach nur eines nothwendig: die unumwundene und uneingeschränkte Erklärung, dass diese Conferenz sich auf den Boden der oben vorgetragenen wissenschaftlichen Auffassung stellt, dass die Lepra zur Gruppe der contagiösen und wie es scheint, nur durch Contagion sich verbreitenden Krankheiten gehöre. Geschieht das, dann ist viel erreicht. Dann wird es sicherlich gelingen, einen der Eigenart dieser contagiösen Krankheit entsprechenden Weg zur Verhütung, die Contagion zu finden und der wissenschaftlichen Lehre in Gesetzgebung, sanitätspolizeilichen Vorschriften, und was wohl das Wichtigste sein wird, in hygienisch zweckdienlichen Wohlfahrtseinrichtungen Ausdruck zu geben. Diesbezügliche Beschlüsse dieser Conferenz werden weiter das Segens-

reiche nach sich ziehen, etwa noch schwankende Verwaltungskörper zu der Auffassung der Lepra als contagiöser Infectionskrankheit herüber zu ziehen und mehr als bisher den Aussatz als eine ansteckende Krankheit ins Volksbewusstsein zu bringen.

Gerade das aber ist nothwendig, soll nicht die Durchführung der prophylaktischen, mehr oder weniger auf Trennung der Kranken von den Gesunden hinauslaufenden Maassregeln von vornherein durch den Widerstand der grossen Volksmassen erschwert oder gar zu nichte gemacht werden. Es wird die besondere Aufgabe der Verwaltungsorgane jedes einzelnen Landes sein, das vom epidemiologisch-contagionistischen Standpunkte für nothwendig Erachtete in Einklang zu bringen mit den Gewohnheiten und Sitten der Bevölkerung und den socialen Verhältnissen der erkrankten Individuen. Sicherlich wird es einen Unterschied machen, ob man es mit einer circumscripten und noch im Keime befindlichen Epidemie zu thun hat oder mit einer allgemein bereits vollzogenen Durchseuchung.

Mag aber im Einzelnen die Ausführung sich gestalten, wie sie wolle, überall wird die Ueberzeugung, dass die Lepra eine nur durch den leprösen Menschen verbreitete und verbreitbare Infectionskrankheit sei, den leitenden Gesichtspunkt darstellen müssen. Gelingt es dieser Conferenz, diese Ueberzeugung zu einer allgemein geltenden zu machen, so wird sie einen Markstein in der Geschichte der Lepra bilden, hoffentlich in der Geschichte des Erlöschens der Lepra auf der Erde!

Herr **Isidor Neumann** (Wien):

Ich will für kurze Zeit Ihre Aufmerksamkeit auf einen neu entdeckten Lepraherd und zwar im Occupationsgebiet Bosnien und der Herzegovina lenken.

Im Jahre 1890 wurde ich von Seiner Excellenz dem Herrn Minister von Kállay mit der Mission betraut, Art und Verbreitung der in Bosnien und der Herzegovina endemischen Hautkrankheiten eingehend zu untersuchen und Vorschläge zur Bekämpfung derselben zu erstatten.

Bereits an einer der ersten Etappen dieser Studienreise in Srebrenica, kam mir aus der Schaar anderer Hautkranker ein mit typischer Lepra tuberosa behafteter Mann zu Gesicht. Ich war von dem Krankheitsfall deshalb nicht wenig überrascht, weil von der Existenz der Lepra in diesem Lande, in ärztlichen Kreisen bis an jenem Tage Niemand Kenntniss hatte, und es mir andererseits nicht unbekannt war, dass nicht blos in Dalmatien, mit dem die occupirten Länder seit langem in lebhaftem Verkehr standen, sondern auch in den letzteren selbst, an unserer Schule gebildete in der Dermatologie versirte Aerzte in amtlicher Stellung und privat practicirten. Wohl aber war nicht wenigen von den Laien der autochthonen Bevölkerung, wie ich später erfuhr, das Leiden als eine Krankheit sui generis recht bekannt. Schon das Alter und der Beruf des Kranken, ein 20jähriger Hirt, mohammedanischer Confession, liessen mich nicht im Zweifel, dass der Fall kein Unicum in diesem Gebiete sei. Ich war auch in

der Lage, bereits während meiner ersten Reise an anderen Orten acht Leprafälle zu constatiren.

Nachdem die Existenz der Lepra in Bosnien erwiesen war, die Landesärzte dieselbe kennen gelernt hatten, wurden seitens des Ministeriums ungesäumt die geeigneten Maassregeln zur gründlichen Erforschung der Lepra angeordnet und von den Sanitätsorganen des Landes mit dem grössten Eifer durchgeführt. Ich bereiste das Land drei Jahre später zum 2. und in diesem Jahre zum 3. Male, so dass ich nahezu alle im Lande vorkommenden Fälle selbst gesehen und die Diagnose bestätigen konnte. Ich kann mit Fug behaupten, dass gegenwärtig Bosnien und die Herzegowina zu den Lepragebieten gezählt werden können, in welchen diese Krankheit in Bezug auf territoriale und ethnographische Verbreitung, Frequenz und Form der Krankheit am genauesten erforscht ist. Die Einsicht in die Ihnen präsentirten statistischen Tabellen, in welchen das Verbreitungrayon, die Frequenz und die Form der Lepra, Alter, Religion, Beruf der Kranken, die Verbreitung in einzelnen Familien verzeichnet ist, gleichwie die photographischen Aufnahmen einer Reihe von Kranken dürften hiervon genügend Zeugniss geben. Es ist dies der Initiative des Ministers Kállay zu verdanken, welcher die Spitäler, namentlich das Landesspital und die Aerzte mit allen zur Erforschung der Krankheit erforderlichen Behelfen versah und ihr die vollste Aufmerksamkeit widmet. Bei Schonung der religiösen Gefühle, Sitten und Gebräuche der Bevölkerung, sorgt die Regierung hier für viele der unglücklichen Kranken und wo es nöthig, auch für den Unterhalt der Familien der Kranken. Sie werden im Verlaufe unserer Verhandlungen ersehen, dass manche neue Gesichtspunkte und interessante Befunde von dem Primararzt Dr. Glück constatirt wurden.

Bisher sind 133 Leprafälle constatirt worden; ich kann wohl annehmen, dass diese Ziffer, um nicht viel, unter der Höhe der effectiv vorhandenen steht, indem die männliche Bevölkerung aller Confessionen mit erreichbarer Genauigkeit untersucht wurde, was bei dem der Untersuchung unzugänglichen weiblichen Theil der mohammedanischen Bevölkerung unmöglich war.

Angesichts der Thatsache jedoch, dass bei dem weiblichen Geschlechte im Allgemeinen, ohne Unterschied der Confession, die Frequenz der Krankheit viel geringer ist als bei den Männern, (der Gesammtsumme von 116 männlichen — steht die Totalsumme von blos 17 weiblichen Kranken gegenüber) dürfte die obige Totalsumme von 133 nur um weniges zu erhöhen sein, um zur effectiven Ziffer zu gelangen. Die Relation zur Gesammtbevölkerung stellt sich, wenn wir diese per 1,568,000 der richtiggestellten Totalsumme der Leprösen mit 133 gegenüberstellen, auf je 11 789 1 Lepröser. Norwegen, welches bei einer Bevölkerung von 2 000 000 800 Lepröse zählt, übertrifft Bosnien in der Relation um das Fünffache, Island mit einer Population von 80 000 und circa 200 Lepröse um das 30 fache.

Von nicht geringem Interesse ist die Frequenz bei den verschiedenen Confessionen. An erster Stelle rangiren die Mohammedaner mit 61 Fällen bei einer Gesammtziffer von 548 632 Seelen.

Orientalisch-Orthodoxe	50	Fälle	bei 673 246	Seelen
Katholiken	22	„	„ 334 142	„ .

Wir sehen demnach eine absolute und relative Praevalenz der Lepra unter der mohammedanischen Bevölkerung, während unter den christlichen Confessionen nur eine geringe Differenz besteht, indem die orthodoxe Bevölkerung mehr als doppelt so gross ist, als die katholische.

Unter 8000 Israeliten konnte dagegen kein Leprafall constatirt werden, was deshalb bemerkenswerth ist, weil die bosnischen Juden überwiegend Spaniolen sind, welche erst im 16. Jahrhundert in das Land kamen, und die Thatsache in diametralem Gegensatz zu Zambaco's Behauptung steht, der in Constantinopel die Lepra nahezu ausschliesslich bei den Spaniolen gefunden haben will. Aber diese Thatsache ist auch in historischer Beziehung von Interesse, indem sie beweist, dass derjenige Theil der Bevölkerung, welcher am spätesten ins Land kam, von der Lepra frei blieb, und zwar durch strenge Inzucht und Exclusivität des intimeren auf die Glaubensgenossen eingeschränkten Verkehrs. Wir finden hier, dass dieselben Factoren, auf demselben Boden, in einer Volksklasse der mohammedanischen, die Verbreitung einer bestehenden Krankheit begünstigen, bei der anderen (wo diese Krankheit nicht bestand) einen höchst wirksamen Schutz abgeben.

Ich will, da ich an einen historischen Punkt gelangt bin, denselben wenigstens insoweit erörtern, als hiermit das wahrscheinliche Alter unseres Lepraherdes, beziehungsweise der Zeitpunkt der Invasion der Krankheit in dieses Territorium dargelegt ist. Bekanntlich wird allgemein angenommen, dass die Lepra durch römische Truppen in Italien eingeschleppt wurde, u. z. entgegen der Behauptung Plinius („elephantiasim ante Pompeii Magni aetatem non accidisse in Italia“, wie bereits Hensler, unter Hinweis auf Plutarch (Sympos. VIII. Gn. IX. ed Breiskii, Leipzig 1744—1782. VIII. 905) bemerkt, viel früher. Man kann mit Bestimmtheit annehmen, dass Sulla's Truppen, welche in der ersten Expedition gegen Mithradates Eupator (87 v. Chr.) bis zum Euphrat vorgedrungen waren; in der zweiten, mit den Legionen seines Unterfeldherrn Lucullus und denen Fimbrias, in Griechenland und in Vorderasien, also in Ländern, wo die Lepra endemisch und stark verbreitet war, 4 Jahre gekämpft hatten, die Krankheit nach Italien mitbrachten. Nach der Rückkehr des Heeres des Pompejus aus dem letzten Krieg gegen Mithradates, in welchem die Soldaten, in Pontus, Armenien, im Kaukasus, Colchis, Syrien, Palästina etc., also in Ländern, in denen die Lepra seit kaum bestimmbaren Zeiten endemisch war, im Felde gestanden waren, kamen sehr viele Lepröse nach Italien und hatte die Krankheit sich rasch verbreitet.

In das Balkangebiet wurde die Lepra in den dalmatinischen Feldzügen des Octavianus Augustus, Germanicus, Tiberius und Postumus durch das römische Heer eingeschleppt. Ein grosser Theil desselben bestand nämlich aus Legionen, welche wiederholt und lange in Aegypten, Spanien, Vorderasien gekämpft hatten. Der Feldzug des Tiberius, in welchem das Herr aus 15 Legionen und einer gleich starken Macht an Hilfsvölkern bestand, dauerte 3 Jahre (6—10). Berücksichtigt man

den colossalen Tross römischer Heere, die latinischen Niederlassungen in diesen Gebieten, so ist die Annahme begründet, dass in die Provinz Dalmatien und Illyrien, die einen grossen Theil der heutigen Balkanländer ausmachen, die Lepra zu Beginn unserer Aera von den Römern eingeschleppt wurde. Man kann auch mit aller Sicherheit annehmen, dass (von dem Zeitpunkt, wo die Lepra in Italien und Spanien zu herrschen begann) zuerst die caesarischen Heere des Westens, dann diejenigen des Ostens überall mit der römischen Civilisation, auch diese Krankheit verbreiteten. Es beweist dies auch Aretaeus Angabe, welcher anführt (de causis et signis morb. lib. III. cap. 13. ed. Kühn, Leipzig 1828), dass zu seiner Zeit die Lepra (im 1. Jahrh. n. Chr.) bis zu den Celten, d. i. den Westen Europas sich verbreitet hat. Die Geschichte Bosniens weist wohl vielfältig Gelegenheiten zur Einschleppung der Lepra auf und auch viele Kriegszüge mit Truppen aus leprösen Ländergebieten. Es sprechen jedoch die gewöhnlich lange Dauer der Garnisonirung der römischen Legionen und die Colonisirung derselben für die letzteren, i. e. Einschleppung durch die Römer. Bei einer objectiven Beurtheilung der maassgebenden Factoren gelangt man zu dem Schluss: dass die Lepra in Bosnien von der Zeit ihres ersten Auftretens bis auf die Gegenwart daselbst, nie völlig erlosch, daher der vor mir jüngst entdeckte, zu den ältesten der europäischen Lepraherde zählt.

Ich will noch auf einzelne Momente bei mehreren Kranken hinweisen. Zunächst das Alter: Vom 6. Lebensjahre an bis einschliesslich zum 70. sind die verschiedensten Altersstufen vertreten. Vor dem 6. Lebensjahre fand sich unter 133 Leprösen nicht ein einziges leprakrankes Individuum. Es ist dies in Bezug auf Heredität und Infectiosität der Lepra ein höchst beachtenswerthes Moment. Selbst wenn man die lange Incubationsdauer der Krankheit berücksichtigt und die Uebertragbarkeit auf hereditärem Wege zugiebt, kann diesem Factor eine grosse Bedeutung in Betreff der Verbreitung nicht vindicirt werden. Wenn man sich weiter den innigen und langdauernden Contact des Kindes speciell mit der Mutter vor Augen hält, später, gerade in diesem Lande, wo sämmtliche Glieder einer Familie, oft nur in einem einzigen Raum dicht nebeneinander hausen, auch mit den anderen Familiengliedern, vermag man der Lepra nur einen geringen Grad von Infectiosität zuzuerkennen. Die Altersstufen vom 16. bis einschliesslich dem 30. Lebensjahre sind am stärksten vertreten, demnach das Alter von der Pubertät bis zur Vollreife, was mit den in anderen Lepragebieten gewonnenen Ergebnissen übereinstimmt.

Das Mittelalter hat seine Leprösen vom allgemeinen Verkehre ausgeschlossen. Das wollen wir auch! Doch welcher Contrast zwischen Einst und Jetzt im Vorgange. Als bürgerlich Todter und all' seiner Menschenrechte beraubt, wurde der arme Kranke von Gross und Klein, ja selbst von seinen nächsten Angehörigen gemieden. Heute umgiebt ihm eine humane, aufopfernde Pflege, welche ihm erleichtert, die schwere Bürde nicht nur seines physischen, sondern auch seines moralischen Leidens zu tragen.

Früher schon durch die Form und den Schnitt der Kleidung gekennzeichnet und der öffentlichen Verachtung preisgegeben, werden die

Kranken jetzt in den entlegensten Weilern und weltvergessenen Hütten aufgesucht, um in bessere materielle Verhältnisse gebracht zu werden, wodurch nicht nur ihr trauriges Los erleichtert, sondern gleichzeitig auch die Verbreitung der Krankheit beschränkt wird.

Die grossen Fortschritte unserer Wissenschaft lassen erhoffen, dass wir nicht nur das Wesen der Lepra erkennen, sondern auch vielleicht in absehbarer Zeit ihre gänzliche Vernichtung erreichen werden.

In Bezug auf den Beruf fallen, einzelne Ausnahmen abgerechnet, nahezu alle auf den Bauernstand, Bauerssöhne und -Töchter, Knechte und Mägde, 117 an Zahl; 6 landwirthschaftliche Tagelöhner und 5 Hirten. Die meisten sind arm, wenn von ihrem Obdach, ihrer Nahrung und Kleidung gesagt wird, sie seien schlecht, ist dies nach unseren, selbst bescheidensten Begriffen von diesen Lebensbedürfnissen zu wenig. Die Häuser, welche immer nach derselben Schablone aufgeführt werden, bestehen aus mit Lehm beworfenem, von eingerammten Pfählen festgehaltenem Flechtwerk; nicht wenige ohne Schornstein. Ein einziger Raum, etwa von der Grösse unserer Zimmer, beherbergt die ganze, oft mehr als aus einem halben Dutzend Gliedern bestehende Familie mitsammt dem Knechte oder der Magd, mitunter auch den Nutzthieren. Die anderen Ubicationen dienen zur Aufbewahrung des geringen Vorrathes an Getreide, Käse, Milch, Geräthen. Die Wände eines solchen Hauses bieten oft keinen genügenden Schutz gegen die klimatischen Unbilden, die Kälte und den Schnee des Winters, den Regen des Frühjahrs und Herbstes und die Hitze des Sommers. Wenn von einer solchen Wohnung gesagt wird, sie sei unrein, so ist dies Euphemismus, weil sie nicht gereinigt, wenigstens nicht rein gehalten werden kann. Schlecht ist auch die Nahrung, sie besteht aus Maisbrod, schwarzem Weizenbrod, oder in ärmeren Gegenden aus Brod bereitet aus Mohnhirse, in der Herzegovina aus Ginster. Die sonstige Nahrung bilden zumeist Hülsenfrüchte, Milch, Käse; an Festtagen Hammelfleisch. Fische werden, was ich betonen möchte, selbst von der an Flussläufen wohnenden Bevölkerung nur selten gegessen.

Die langdauernden Fasten, während ganzer Tage, werden von den Mohammedanern und orthodoxen Christen streng eingehalten. Die Bekleidung der Armen, so primitiv die Landestracht sein mag, ist ebenfalls schlecht, der Wechsel der Wäsche so selten als möglich, die Leibesreinigung noch seltener; Spurcities e pediculis, scabie etc. ist daher landläufig.

Wie die geschilderten Verhältnisse einzeln und in ihrer Gesammtheit die Entstehung und Verbreitung von Krankheiten überhaupt, begünstigen sie auch die der Lepra. Einen besonderen Einfluss kann man denselben in Bezug auf diese Krankheit nur in soweit einräumen, als sie der Invasion der Lepraerreger förderlich sind. Aber eben diese Verhältnisse sind ein sprechender Beweis für die geringe Infectiosität der Lepra, die auch hier in ihren beiden Hauptformen und der Mischform vertreten ist.

Gross ist die Sterblichkeit der Leprösen, namentlich der mit der tuberosen Lepra Behafteten. Vom Jahre 1890 bis jetzt sind 32 dieser Kranken zumeist im schönsten Alter, unter langen und unsäglichen Qualen, furchtbaren Zerstörungen des Organismus in Consumption, an

Lungenoedem, Broncho- und Pleuropneumonien und diversen anderen Complicationen verstorben. Um diese relativ grosse Ziffer hat die Zahl der Leprafälle in Bosnien sich vermindert. Ich kann nicht umhin, an dieser Stelle zu bemerken, dass die Angaben Ehlers' (Annales de Dermatologie et de Syphilis) betreffs der Frequenz der Krankheit in diesem Lande nicht ganz zutreffen. Unter den 133 Fällen finden sich 28 anaesthetische Formen. Die Tuberösen unterscheiden sich, von den in anderen Ländern vorkommenden in keiner Weise. Dagegen sind bei anaesthetischen Formen Befunde häufig, wie sie in anderen Ländern nur selten verzeichnet erscheinen und zwar häufige Bildung grosser Blasen, Infiltrate und Hyperkeratosen, vorwiegend an den Streckflächen der Ellbogen und des Kniees, und besonders häufig tiefe Substanzverluste an den Fusssohlen und in der Umgebung der Kniee. Diese Geschwüre haben einen ausgesprochen torpiden Charakter, persistiren viele Jahre unverändert und zeigt deren Peripherie einen auffallend verdickten, verhornten Rand. Selten kommt Lähmung des unteren Augenlides vor, dagegen Verdickung der Nn. ulnares und peronei, Schwund des Thorax und der Mm. interossei, sowie endlich ausgedehnte Anaesthesien und Amputationen ebenso häufig, wie in allen anderen Lepraländern.

Territorial befinden sich die stärksten Lepraherde an der Grenze nächst Serbien und Montenegro, abseits von den selbst minder frequentirten Verkehrsadern, während an der österreichischen, beziehungsweise dalmatinischen und croatischen Grenze bis jetzt kein Leprafall constatirt wurde.

Ueberblicken wir nun die geographische Verbreitung der Lepra in Europa, so gewahren wir, dass sie an seiner Peripherie einen allerdings an vielen und weiten Strecken durchbrochenen Ring bildet, von dem aus sie bei dem von Tag zu Tag an In- und Extensität zunehmenden Verkehr radienförmig bis an das Centrum unseres Continentes vorzudringen vermag. Ich bin nicht von der Leprafurcht ergriffen, halte es aber an der Zeit, der Verbreitung dieser Krankheit in geeigneter Weise entgegenzutreten. Ich zweifle nicht, dass die Massregeln, die wir zu beschliessen berufen sind, wirksam, aber auch im Geiste echter Humanität, von der unsere Wissenschaft, wie kaum eine andere, durchdrungen ist, gefasst sein und die Regierungen nicht säumen werden, dieselben zu verwirklichen. Die Regierung des Occupationsgebietes sieht diesen Beschlüssen entgegen, um sie unverweilt zu realisiren.

Herr **Oscar von Petersen** (St. Petersburg):

Hochansehnliche Versammlung! Als mir der ehrenvolle Vorschlag gemacht wurde, als Delegirter der Kaiserlich Russischen Regierung an der internationalen Lepra-Conferenz Theil zu nehmen, habe ich dieses Anerbieten mit der grössten Freude angenommen, weil ich es in der That für in hohem Grade zeitgemäss halte, dass man sich über die zu ergreifenden Maassregeln gegen Lepra einigt, und dazu ist gerade ein kleinerer Kreis von Collegen, die wirklich mit der Lepra bekannt sind, das geeignetste Forum.

Wenn ich als Vertreter Russlands an die Herren einige Worte zu richten mir erlaube, so leitet mich vor Allem der Wunsch den Herren

Vertretern der Kaiserlichen Deutschen Regierung hier den wärmsten Dank, die rückhaltloseste Anerkennung auszusprechen für die Einladung zu der Lepra-Conferenz und dafür, dass Sie dieser fruchtbringenden Idee so rasch zur Verwirklichung verhalfen.

Ferner ist es mir eine ganz besondere Freude hier gleichzeitig unseren Dank aussprechen zu können dem Vorstande des Kaiserlichen Deutschen Gesundheitsamtes, sowohl dafür, dass er uns die gastlichen Thore dieses schmucken Hauses geöffnet hat, wie auch dafür, dass das Deutsche Gesundheitsamt gemeinsam mit der Königlich Preussischen Regierung im März dieses Jahres eine Commission nach Russland entsandt, um die Einrichtungen unserer Lepra-Asyle kennen zu lernen. Wir haben darin mit Freuden eine ehrenvolle Anerkennung unserer Bestrebungen gesehen und nur bedauert, dass zwei Männer, denen wir zum grossen Theile die Initiative zum Kampfe mit der Lepra verdanken, Prof. v. Wahl und Prof. G. N. Münch es nicht mehr erlebt haben, wie ihre Bemühungen auch über die Grenzen unseres Reiches ehrende Anerkennung gefunden haben.

Wie zeitgemäss die Einladung zur gemeinsamen Besprechung der Maassregeln gegen die Lepra gewesen, das beweist dieser hier versammelte glänzende Kreis von Vertretern nicht nur der Dermatologie, sondern auch der verschiedensten Disciplinen, welche der Leprafrage ebenfalls nahe stehen.

Selbstverständlich hat die Leprafrage nicht für alle Länder den gleichen Grad von practischer Bedeutung. Nächst Norwegen, welches, dank seiner vorzüglich organisirten Maassregeln, bereits auf dem Wege ist die Lepra dort zum Verschwinden zu bringen, hat diese Seuche für Russland eine besondere Bedeutung, weil sich einerseits eine Reihe von Lepraherden gebildet und die Krankheit sich von denselben ausbreitet, andererseits kann die Lepra von Russland aus weiter nach Westen, in andere Länder übertragen werden, wie dies thatsächlich schon in Ost-Preussen der Fall zu sein scheint. Freilich möchte ich hier gleich auf die auffallende Thatsache aufmerksam machen, dass die alljährlich nach Hamburg, Berlin, Bonn, Halle etc. kommenden Leprafälle noch bisher nirgends zur Ausbreitung der Lepra geführt. Dieses erklärt sich wohl daraus, dass man frühzeitig die Diagnose gestellt oder dass Lepröse mit fertiger Diagnose nur zur Behandlung nach Deutschland kamen und unter entsprechender Aufsicht bleiben.

Russland ist es gewohnt, dass man sagt, die verschiedenen Seuchen kämen von dort in die angrenzenden Länder herüber. Dieses mag ja auch wohl meist richtig sein, doch vergisst man dabei gewöhnlich, dass ja nicht Russland diese Krankheit producirt, sondern ebenfalls von seinen Nachbarländern erhält. Russland ist so zu sagen der Seuchenfilter Europas, es hat häufig den ersten Anprall der aus Asien kommenden Epidemien auszuhalten. Dieser seiner Seuchenfilter-Aufgabe wohl bewusst, arbeitet Russland in eifrigster Weise daran, die Schutzmaassregeln gegen Einschleppung von Epidemien zu vervollkommen. Diejenigen Herren, welche mit den russischen Maassregeln gegen Einschleppung der Pest aus neuester Zeit bekannt sind, werden meine Worte bestätigen können.

Mit der Lepra steht es nun freilich anders. Wann sie in Russland wieder eingeschleppt und woher, lässt sich jetzt nicht mehr feststellen, denn erst seit die Anschauung von der Contagiosität der Lepra feststeht, hat man ihr grösseres Interesse zugewandt, ausserdem hat die Ausbreitung der Herde erst in dem letzten Decennium bemerkenswerthere Fortschritte gemacht. Da heisst es denn nicht, die Grenzen vor dem Feinde schützen, nein der Feind sitzt mitten im Lande, man muss ihn also cerniren und womöglich nicht herauslassen.

Seit nun die medicinischen Regierungsorgane in Russland die Ueberzeugung gewonnen, dass es sich bei der Lepra in der That um eine Krankheit handelt, die sich durch Uebertragung verbreitet, sind eine Reihe von Maassregeln gegen dieselbe bereits angeordnet, so ist die Meldepflicht der Erkrankungsfälle eingeführt und bei dem Medicinal-Departement eine Centralstelle zur Sichtung und Verwerthung des einlaufendes Materials zu einer regelrechten Statistik über die Verbreitung der Lepra in Russland geschaffen. Ferner ist als sicherstes Mittel zur Bekämpfung der Lepra die Isolirung der Leprösen in besonderen Asylen und Colonien anerkannt. Die Bestrebung einer Anzahl privater philantrophischer Vereine den Kampf mit der Lepra aufzunehmen, hat bei der Regierung volle Anerkennung gefunden und auch die Gesellschaft des „rothen Kreuzes“, die unter dem Protektorat Ihrer Majestät der Kaiserin-Wittwe Maria Fedorowna steht, hat sich der Leprafrage angenommen und sich bereit erklärt, zur Errichtung von Lepra-Colonien beizutragen. Somit ist die beste Aussicht dazu vorhanden, dass die Zahl der bereits bestehenden Leproserien in kürzerer Zeit sich bedeutend vermehren wird. Freilich harrt noch manche Frage weiterer Ausarbeitung, namentlich bezüglich der inneren Organisation der Lepra-Asyle.

Was nun die Bedeutung der Lepra für die Bevölkerung Russlands betrifft, so kann natürlich von einer augenblicklichen drohenden Gefahr für die 127 Millionen betragende Bevölkerung, die in dem weiten Reiche sehr verschieden dicht sitzt, im Allgemeinen nicht die Rede sein; anders steht aber die Frage, wenn wir die einzelnen Herde in Betracht ziehen, wo allerdings an verschiedenen Stellen bereits eine gefahrdrohende Ausbreitung constatirt werden kann. Da aber an jedem einzelnen Orte, wo Lepröse hinkommen, unter gewissen, und bisher nicht näher bekannten Umständen die Lepra sich ausbreiten kann, so muss, entsprechend den herrschenden Ansichten über Prophylaxis der ansteckenden Krankheiten möglichst frühzeitig eingegriffen werden, daher ist es auch durchaus zeitgemäss auch in Russland den Kampf mit der Lepra möglichst umfassend aufzunehmen. Dieser Standpunkt findet auch bei der obersten Medicinal-Behörde die volle Anerkennung, die ihren Ausdruck darin gefunden, dass auch Russland seinen Delegirten zur internationalen Lepra-Conferenz entsendet, mit der festen Ueberzeugung, dass es auf derselben gelingen wird, die Grundzüge eines gemeinsamen rechtzeitigen Kampfes gegen die Lepra festzustellen und so die Aufgaben gelöst werden zum Wohle der Menschheit und zur Erleichterung des traurigen Schicksals derjenigen, die bereits dieser furchtbaren Krankheit zum Opfer gefallen, dieser Krankheit welche von den Jakuten, die Ost-Sibirien bewohnen „der langsame Tod“ genannt wird.

Die versammelten Collegen bitte ich, die herzlichsten Grüsse und die besten Wünsche für eine erfolgreiche Arbeit auf der Conferenz von Seiten der Dermatologen Russlands zu empfangen!

Nach der Tagesordnung:

Herr **Weber** (Halle):

Demonstration eines Leprakranken.

Friedrich Leiter, 42 Jahre alt, Cigarrenmacher aus Finsterwalde, diente in der deutschen Armee, war nie krank, ausser einer vierwöchentlichen Gonorrhoe, trat dann 1880 in holländische Dienste und hielt sich auf Java, Sumatra und den Molucken auf. Auf allen diesen Inseln giebt es Leprakranke. Er wohnte meist in Kasernen, die reinlich und gut eingerichtet sein sollen. Er verkehrte mit einem schwarzen Officier, der Lepra hatte, brach deshalb aber den Verkehr nach 14 Tagen ab. Zwei Jahre später bekam er ohne Prodromalerscheinungen einen rothen Fleck auf der Stirn, dann noch einen, die etwas geschwollen, erschienen. Einige Zeit nachher trat eine Anaesthesie des linken Fusses auf, die sich bis zur Wade verbreitete. Deshalb ging er im März 1894 wieder nach Europa zurück, kurze Zeit nach Holland, dann nach Kaiserwörth, dann nach Bonn in die Klinik, ebenso nach Marburg, schliesslich nach Halle, wo er seit $^{5}/_{4}$ Jahren sich befindet. Er ist kräftig, gesund bis auf sein Leiden, der grösste Theil des Körpers hatte sich mit Flecken und flachen Knoten bedeckt. Die Knoten waren so anaesthetisch, dass man sie excidiren und brennen konnte ohne Schmerzempfindung, auch das Tastgefühl war geschwunden.

Auf Leprabacillen wurden untersucht:

I. Ausgeschnittene Hautstückchen:
 a) von erkrankten Hautstellen viel Bacillen, besonders im Corium, in geringerer Anzahl in der Epidermis,
 b) von gesunden Hautstellen keine Bacillen.

II. Hautschuppen: Sehr viel Bacillen.

III. Haare: Bacillen an und in den Wollhaaren, an den Kopfhaaren nicht sicher zu finden.

IV. Schweiss: In geringen Mengen Bacillen zu finden.

V. Blut:
 a) aus der Vena mediana: Keine Bacillen.
 b) aus gesunden Hautstellen: Keine Bacillen.
 c) aus kranken Hautstellen: Ziemlich viel Bacillen, theils frei, theils in Leucocyten.

VI. Brand- und Vexicatorblasen: In flüssigem Inhalt deutlich Bacillen nachweisbar.

VII. Speichel: Keine Bacillen gefunden.

VIII. Nasenschleim: Keine Bacillen gefunden.

IX. Bronchialschleim: Nicht untersucht.

X. Darmschleim: Nicht untersucht.

XI. Thränenflüssigkeit: Nicht untersucht.

XII. Samenflüssigkeit: Bacillen deutlich nachgewiesen.

Innere Mittel, Jodkalium, Natr. salicylic., Chlorzinnbalsam, Arsen, Impfung mit Tuberculin hatten keinen Einfluss auf die Krankheit gezeigt.

Unter den äusseren Mitteln kalihypermangansaurer Bäder ($^1/_2$ bis 2proc.) und namentlich Umschlägen mit salicylsaurem Spiritus (5 bis 10proc. verschwanden die Infiltrationen der Haut und die Sensibilität der anästhetischen Stellen kehrte zurück, so dass sie jetzt beinahe normal ist. Die Zahl der Bacillen scheint sich aber nicht wesentlich vermindert zu haben, und von einer Heilung kann daher noch keine Rede sein.

Herr **F. Buzzi** (Berlin) stellt einen mit **Carrasquilla'schem Serum behandelten Fall von Lepra** vor.

Mit Rücksicht auf verschiedene Aeusserungen, die in letzter Zeit über die Wirkung des Carrasquilla'schen Leproserums erfolgt sind, mit Rücksicht auch auf die hier tagende Leprakonferenz wird es von Interesse sein, dass die Erfahrungen, die ich mit diesem Serum bei einem typischen Fall von Lepra maculo-tuberosa gemacht habe, kurz mitgetheilt werden. Ich sehe dabei von einer detaillirten Krankengeschichte zur Zeit ab, indem ich mir vorbehalte, späterhin das Genauere zu veröffentlichen, und beschränke mich zunächst auf einige kurze vorläufige Bemerkungen.

Es handelt sich um einen jetzt 15jährigen Knaben, der im Herbst 1891 aus einer der nördlichen Republiken Südamerikas in meine Behandlung kam. Vater und Mutter sind leprafrei gewesen, die Grossmutter dagegen starb im Jahre 1891 hochbetagt, nachdem sie fünfzehn Jahre lang krank gewesen war, eine eingesunkene Nase, Gefühllosigkeit an den Händen und Füssen, auch Geschwüre daselbst gehabt hatte; die Erkrankung war ärztlicherseits „Mal de San Antonio" genannt worden, womit die milderen Formen der Lepra dort bezeichnet werden. Von dieser Grossmutter war unser Patient erzogen worden, er hatte mit ihr geschlafen, war auch bei Wunden an den Beinen von ihr gepflegt worden.

Bei der ersten Untersuchung meinerseits im Herbst 1891 waren die Erscheinungen schon ganz ausgeprägte: Hypertrophie der Haut der Stirn, der Wangen, der Nase, des Kinns, der Ohrmuscheln, besonders auch der Ohrläppchen, überall im Gesicht disseminirte Knötchen bis zu Erbsengrösse. Die Extremitäten waren am distalen Ende elephantiastisch verdickt, Finger und Zehen spindelförmig; auch hier zahlreiche Knoten, besonders längs der Ulnarseite der Arme und an der Vorderseite der Oberschenkel. Ausserdem rauhe braunpigmentirte Flecken an den Extremitäten sowohl wie auch auf Vorder- und Rückseite des Rumpfes. Auch erhebliche Drüsenschwellungen, besonders in der Leistengegend und der Achselhöhlen, bestanden schon.

Es wurden alle bekannten innerlichen und äusserlichen Mittel methodisch bei dem Kranken angewandt ohne irgendwelchen dauernden Erfolg. Nach vorübergehenden Besserungen und fieberfreien Perioden traten acute fieberhafte Anfälle auf mit Ausbruch neuer Knoten, und das Resultat im ganzen war eine stetige Verschlimmerung des Zustandes. Auch mit Tuberculin ist Patient im Frühjahr 1892 behandelt

worden; es zeigte sich danach nicht nur kein Erfolg, sondern es traten neue Ausbrüche mit ungewöhnlicher Heftigkeit auf, Abscessbildungen an den Injectionsstellen und in den Achselhöhlen, so dass man geradezu um das Leben des Patienten besorgt sein musste.

Als nun im Januer 1896 die politischen Zeitungen die ersten Nachrichten von den Erfolgen des durch Dr. Carrasquilla hergestellten Serums brachten, konnte ich, bei den unbefriedigenden Ergebnissen der bisherigen Behandlung, dem Drängen der Angehörigen des Kranken nicht widerstehen und wandte mich direct an den Herrn Collegen in Bogota. Dr. Carrasquilla war so liebenswürdig, sobald er sein Serum für versandfähig hielt, mir in der uneigennützigsten Weise Mengen davon zur Verfügung zu stellen, und es konnte im Frühjahr d. J. mit der neuen Behandlung begonnen werden.

Es wurden in der Zeit vom 7. Februar bis 9. Juni d. J. regelmässig am Vormittag gegen 9 Uhr, 26 Einspritzungen in die Nates gemacht, beginnend mit 0,3 ccm, ansteigend bis $3^1/_4$ ccm, und es wurden im ganzen bisher 42 ccm des Serums verbraucht. Die Injectionen wurden anfangs zweimal wöchentlich, späterhin auch einmal wöchentlich, und zu zwei verschiedenen Malen wurden Pausen von 14 Tagen gemacht.

Meine Erfahrungen dabei lassen sich in Folgendem zusammenfassen: Eine Reaction am Orte der Injection entstand in Form eines lebhaften entzündlichen Oedems, das der Menge des angewandten Serums ungefähr parallel ging, am Abend des Injectionstages am stärksten war und in einigen Tagen dann wieder zurückging. Das Oedem verursachte dem Kranken recht lebhafte Beschwerden, er konnte zeitweilig gar nicht gehen und nur auf der Seite liegen. Auch die Injection selbst, die bei den kleineren Dosen keine Empfindung verursachte, wurde bei den grösseren Gaben als sehr schmerzhafter Eingriff empfunden. Abscessbildungen an der Injectionsstelle fanden niemals statt.

Beunruhigende Allgemeinsymptome traten im allgemeinen nach den Injectionen nicht auf. In zwei Fällen jedoch kam es zu bedrohlichen Collapserscheinungen, über die Herr Dr. Frost, der mir bei den Injectionen assistirte und den Kranken im weiteren Verlauf der Reactionen in Beobachtung behielt, demnächst berichten wird, da sie auch nach anderer Richtung hin von erheblichem Interresse sind.

Im Anschluss an einen starken Schüttelfrost, der 2—3 Stunden nach der Injection auftrat, stieg die Temperatur auf 39—40°, durchschnittlich 8—10 Stunden nach der Einspritzung, in den späteren Nachmittagsstunden das Maximum erreichend. In der Nacht erfolgte Abfall, zuweilen mit geringem, häufiger mit reichlichem Schweissausbruch. Die Fieberanfälle wiederholten sich in den nächsten Tagen, durch geringeren Frost eingeleitet und mit sehr starken Schweissen endend. Fieberlosigkeit wurde nur nach einer einzigen Injection vom 3. Tage ab beobachtet; im übrigen hatte Patient täglich, nachdem er am Mittag gefröstelt hatte, in den Abendstunden seinen Fieberanfall, auch während der beiden 14 tägigen Pausen, so dass nichts übrig blieb, als bei noch fortbestehender Intermittenz weiter zu injiciren.

Die als Folge der Einspritzung von Carrasquilla geschilderten Veränderungen an den leprösen Knoten, als Röthung und Anschwellung

mit darauf folgender Abschuppung und Resorption oder Erweichung und Geschwürsbildung kann ich bestätigen. Auch die von ihm beobachtete reichliche Abschuppung im Niveau der pigmentirten Stellen und Verminderung der Pigmentirung konnte festgestellt werden. Desgleichen war ein erheblicher Rückgang der elephantiastischen Oedeme an den Extremitäten zu constatiren: die Haut dieser Theile, wie auch besonders des Gesichts, ist im ganzen glatt geworden und frei von den vorher bestehenden Schuppenanhäufungen. Auch die gänzlich verkümmerten, nur noch aus unregelmässigen Epidermisanhäufungen bestehenden Nägel sind einigermaassen normal geworden. Die ausgedehnten alopecischen Partien der Kopfhaut haben sich zum grossen Theil mit neuem Haarwuchs bedeckt und verschwinden mehr und mehr. Lepröse Geschwüre am harten und weichen Gaumen und Zäpfchen sind vernarbt. Ulcerationen, die in der Nase bestanden, haben sich erheblich gebessert. Kurz, das ganze Aussehen des Kranken hat eine durchgreifende Umgestaltung zum Besseren erfahren. Es zeigt sich diese Besserung auch in dem bedeutend gehobenen Allgemeinbefinden, dem gesteigerten Appetit, der Zunahme des Gewichts, das von 79 auf 91 Pfund gestiegen ist.

Die Ansicht Carrasquilla's, dass schon von der ersten Einspritzung ab die pathogenen Wirkungen des Leprabacillus aufhörten, konnte dagegen nicht unbedingt bestätigt werden, da im Verlaufe der Reactionen sowohl wie auch jetzt, fast vier Monate nach Sistirung der Injectionen, vereinzelte Nachschübe der Krankheit beobachtet wurden, Allerdings muss betont werden, dass dieselben erheblich milder waren als früher und dass die neu gebildeten Knötchen bald wieder resorbirt wurden.

Wiefern eine weitere Besserung, und ob eine dauernde Herstellung des Kranken mit der Serumbehandlung erzielt werden kann, muss vorläufig dahingestellt bleiben. Jedenfalls aber sind die bisher erzielten Resultate bei weitem bessere, als sie bisher mit irgend einer anderen Behandlungsweise erzielt werden konnten, so dass ich, im Gegensatz zu anderweitigen absprechenden Urtheilen, meinerseits das Mittel empfehlen muss. Es verdient jedenfalls weiter geprüft zu werden.

Herr **A. Blaschko** (Berlin) zeigt einen Fall von Lepra anaesthetica.

Die 36jährige Kranke stammt aus dem Kreise Memel: der Weg der Infection liess sich genau feststellen. 1884 lebte sie 3 Wochen lang im Hause des ersten bekannt gewordenen Memeler Leprösen (Wirth R.), welcher damals schon gestorben war. Sie schlief zusammen in einem engen niedrigen Raum mit dem zur Zeit schon schwerkranken Wirthssohn. Erst $7^1/_2$ Jahre später — nachdem sie inzwischen in verschiedenen Dörfern des Kreises als Magd und Amme gedient hatte — zeigte sich auf der rechten Wange der erste Fleck, dem in den folgenden 6 Jahren weitere im Gesicht und an den Extremitäten folgten.

Die Flecke sind sämmtlich in ihrem ganzen Umfange anästhetisch.

Diese Anästhesie ist eine partielle, insofern zwar totale Thermoanästhesie und Analgesie besteht, aber die Tastempfindung und die Localisation der Tastempfindungen nicht herabgesetzt ist.

Die übrige Haut zeigt keine Sensibilitätsstörungen.

Auch sonst bestehen weitere Krankheitserscheinungen nicht.

Der Fall ist ein Beleg für den centripetalen Verlauf der leprösen Neuritis. Anatomisch zeigen sich die Nerven nur in der Cutis krank, weiter aufwärts sind dieselben noch gesund. Auch Erkrankungen benachbarter Nerven oder Nervengebiete bestehen nicht.

Die Dissociation der Gefühlsqualitäten bei einer so peripheren Erkrankung ist auffallend und lässt auch die bisher übliche Deutung dieses Phänomens bei centraleren Nervenerkrankungen durch die Verschiedenheit der Bahnen, welche die verschiedenen sensiblen Nerven einschlagen, als zweifelhaft erscheinen.

Herr **Unna** (Hamburg):

Demonstration über Fettgehalt und Constitution der verschleimten Leprabacillen (Gloea).

1. Schnitte durch Lepraknoten, die mit Osmium behandelt sind. Die Bacillen sind tiefschwarz gefärbt, am meisten die kokkenähnlichen Körner derselben. Weniger geschwärzt, resp. hell- bis dunkelbraun ist die die Bacillen umgebende Schleimsubstanz. Diese Reaction zeigt den Fettgehalt des Bacillus.

2. Zum Vergleiche Tuberkelbacillen-Culturen, ebenfalls osmirt, welche auch die Bacillen und hauptsächlich die Körner in ihnen schwarz zeigen.

3. Schnitte durch Lepraknoten, welche mit einer neuen Doppelfärbung die Bacillen roth in glasklarer, blasser Gloea zeigen, während das Protoplasma grauviolett wird. Bei genügender Feinheit der Schnitte sieht man deutlich, dass der früher für homogen gehaltene Schleim bei dieser specifischen Färbung sich als ein Conglomerat von etwas geschwollenen, die Bacillenfarbe (hier Fuchsin) nicht mehr annehmenden, daher offenbar abgestorbenen Bacillen von Stäbchenform sich auflöst. Mithin besteht das, was Unna Gloea, die anderen Autoren: Protoplasma genannt haben, aus abgestorbenen Bacillen.

4. Mittelst derselben Doppelfärbung gefärbte Tuberkelbacillen-Culturen. Auch hier werden in den älteren Partien die rothen Bacillen zusammengehalten durch abgestorbene (verschleimte) blasse.

Zweite Sitzung.

Dienstag, den 12. Oktober, Vormittags 11½ Uhr.

Vorsitzender Herr **Virchow:**

Ich bitte die Herren A. v. Bergmann und Thibierge, heute den Posten der Secretäre zu übernehmen.

I. Inwieweit ist man berechtigt, den Leprabacillus als die Ursache der Krankheit anzunehmen?

Vorsitzender: Nach den gestrigen Besprechungen scheinen erhebliche Verschiedenheiten in der Auffassung nicht zu bestehen, ob

man berechtigt sei, den Leprabacillus als den eigentlichen Erreger der Krankheit zu betrachten. Wir wissen ja alle, dass der eigentliche naturwissenschaftliche Beweis dafür noch nicht geliefert ist. Aber wir müssen anerkennen, dass die Verdachtsgründe so dringend sind, dass wir im Augenblicke es ebenso machen wie die Polizei oder der Gerichtsarzt in einem analogen Falle. Also wird diese Frage wohl im Allgemeinen nicht zu behandeln sein. Es schien uns, dass keine umfangreiche Betrachtung erforderlich sei, um dies noch einmal dem Publikum vorzuführen, das ja einigermaassen durch die Zeitungsberichte von gestern über die Stimmung unterrichtet sein wird, welche in dieser Gesellschaft herrscht.

Herr **Neisser** (Breslau):

(Versehentlich nicht stenographirt. Redner wird deshalb gütigst seine Ausführungen selbst zu Protocoll geben, so dass sie in den Anhängen [Bd. III] erscheinen können.)

Herr **Kaposi** (Wien):

Ich beabsichtige nicht, an der Berechtigung der Schlussfolgerung, die aus dem regelmässigen Befunde der Anwesenheit der Leprabacillen gezogen worden ist, auch nur im mindesten zu rütteln. Ich stehe, so wie die Meisten, auf dem Standpunkt, dass die histologische Bedeutung der Leprabacillen für die Lepra als Infectionskrankheit nahezu gewiss ist. Aber nicht allein an maculo-anästhetischen Formen ist, wie allgemein bekannt, der Nachweis der Leprabacillen unter Umständen sehr schwierig oder gelingt auch garnicht — obgleich man mit guten Gründen voraussetzen kann, dass in dem Nervenstamme doch wieder welche gefunden werden — sondern es giebt auch bei der rein tuberösen Form Fälle, in denen der Leprabacillus nicht gefunden wird. Das hat eine grosse practische Bedeutung. Vor einigen Jahren hat bei einem Congress ein Kliniker von sehr gutem Namen einen Leprakranken vorgeführt, bezüglich dessen er mittheilte, dass er ein Jahr vorher den Kranken gesehen hatte; es war ein evidenter Fall von Lepra tuberosa, der für denjenigen, der auch nur ein Bildwerk angesehen hat, sofort klar war. Aber erst das nächste Jahr, nachdem der Kranke wiederkam, sei es durch die Untersuchung eines gefälligen pathologischen Anatomen gelungen, auch Leprabacillen aufzufinden. Das zeigt, dass man durch den Nachweis der Leprabacillen wohl die klinische Diagnose Lepra stützen kann, aber sie nicht allein davon abhängig machen darf — was namentlich mit Bezug auf die Absicht, die wir haben, für die Prophylaxis zu sorgen, von grossem Belang ist. Der Erfolg der Prophylaxis hängt ja davon ab, dass die Aerzte die Lepra gut diagnosticiren; und es wäre doch etwas schlimm bestellt, wenn Leprafälle nicht klinisch diagnosticirt werden sollten, bei denen die Leprabacillen nicht nachgewiesen werden können. Es giebt solche Fälle von prononcirter tuberöser Lepra, wobei wir bezüglich der Untersuchungen durchaus nicht unsere oder unserer Assistenten histologische Diagnose als maassgebend hinstellen wollen, sondern als Testimonium anführen können die Untersuchung von Fachmännern, pathologischen Anatomen

und Histologen, wie z. B. Professor Paltauf in Wien, den die Herren ja alle in dieser Richtung als tüchtigen Fachmann kennen.

Ich zeige hier zunächst die Abbildung eines Leprafalles, einer seltenen Form von kleinen Knötchen bei einem Mädchen aus der Gegend von Reval, an der jeder die Diagnose Lepra machen wird, trotzdem die Verführung nahe liegt, dies für Syphilis anzusehen, weil es eine der schweren Syphilis analoge Form hat. Bei dieser Kranken waren keine Bacillen aufzufinden; sie hatte auch keine Anästhesie.

Zweitens haben wir einen Fall, den ich auch schon publicirt habe, bei welchem eine relativ acute Entwicklung der Lepra stattgefunden hat. Das war ein Mann, in Galizien geboren, der in seinem reiferen Alter nach dem Orient gegangen ist, sich viel in den Ländern um das chinesische Meer, Ostindien und Australien herumgetrieben hat und auf seiner Rückfahrt während der Reise durch den Suezcanal am Zeigefinger der rechten Hand eine Blase bemerkt hat. Er glaubte, er wäre gestochen worden. Bald darauf bekam er eine Eruption an der Hand, dann Infiltrationen, über der rechten Augenbraune eine wallnussgrosse Infiltration. Er hat sich auf den internen Kliniken viele Monate herumgetrieben und wurde endlich auf meine Klinik transportirt. Im Bereiche dieser Infiltrationen, wie Sie auf der Abbildung sehen, sowie des grossen Knötchens über dem Augenbrauenbogen war complete Anästhesie. Leprabacillen wurden bei ihm nicht gefunden.

Ein dritter höchst interessanter Fall, der auch in anderer Beziehung sehr lehrreich ist, datirt von diesem Jahre. Es ist ein Mann aus Salonich, der angegeben hat, er habe drei Jahre vorher in Konstantinopel gelebt, sonst immer in Salonichi. Seine Familie ist vollständig gesund. Nach dieser nicht sehr vortrefflichen Abbildung (Demonstration) werden die Herren doch sofort die Diagnose Lepra tuberosa machen. Er hat kirschengrosse Knoten im Bereich des Armes und des Gesichts und hat angegeben, ein grosses Infiltrat am linken Vorderarm als erstes Symptom der Krankheit bei sich bemerkt zu haben. Innerhalb 8 Monaten nach dem Auftreten dieses ersten erhabenen Fleckes, der vielleich 4 mm hoch war und unter der Behandlung sich schon etwas abgeflacht hatte, stellte sich an allen diesen Stellen complete Anästhesie ein mit einer grossen Area in der Umgebung, welche normale Haut darstellte. Bei diesem Kranken sind die Untersuchung der excidirten Knoten des Gesichts und des Armes sorgfältig gemacht worden. Es ist derselbe Fall, den ich seiner Zeit der Gesellschaft der Aerzte vorgestellt habe und welchem gegenüber Paltauf sein Erstaunen ausgedrückt hat, dass unsere Herren keine Leprabacillen gefunden haben. Er hat sich Material erbeten und dann mitgetheilt, dass auch er nichts zu finden vermochte.

Damit ist thatsächlich festgestellt, dass es Knötchenformen giebt, die mindestens zu einer gewissen Periode der Erkrankung keine Leprabacillen im Knotengewebe selbst nachweisen lassen, und es ist daraus auch vielleicht der Schluss zu ziehen, dass man bestrebt sein muss, klinische Diagnosen zu machen und nicht bei der Diagnose alles auf den Nachweis des Leprabacillus zu stützen. Bei der sogenannten nervösen Lepra wird der Mangel des Nachweises von Leprabacillen immer Schwierigkeiten für die Diagnose, resp. Anlass zu Meinungsverschieden-

heiten darüber geben, ob man nicht Syringomyelie oder eine organische Erkrankung vor sich hat. Bei der Knotenlepra ist das klinische Bild so charakteristisch, dass Niemand, der Erfahrung hat, im Zweifel sein kann, dass z. B. die hier in der Abbildung gezeigten Fälle wirkliche Lepra sind.

Herr **Armauer Hansen** (Bergen):

In der Abhandlung des Herrn Neisser[1]) steht: „Für die Annahme einer wechselnden Virulenz der Bacillen fehlt vor der Hand jeder Anhaltspunkt, und die Annahme einer wechselnden Immunität resp. Disposition des Menschen oder der einzelnen Gewebe gegenüber den Bacillen ist wenig mehr als eine Umschreibung unserer Unkenntniss. Wir können uns aber vorstellen, dass äussere und zufällige Einflüsse die Vermehrungsfähigkeit eingedrungener Bacillen in befallenen Menschen und an einzelnen Localisationsstellen und auch die Localisation selbst beeinflussen könnten."

Ich meine, das Wort „Zufall" sollte in einer wissenschaftlichen Discussion nicht vorkommen. Es giebt überhaupt nach meiner Meinung keine Zufälle in der Welt. Was wir Zufall nennen, ist eben einfach unsere Unwissenheit, und ich meine, Neisser hätte richtiger sagen können: das wissen wir öfter gar nicht. Ich habe versucht, durch statistische Nachweise zu zeigen, dass das Klima möglicherweise einen Einfluss auf die Formen hat, und habe damit weitere Forschungen nach dieser Richtung hin anregen wollen. Es giebt Leute mit weggebissenem Gesicht, wie wir in Norwegen sagen — ich weiss nicht, was das im Deutschen heisst, aber Sie wissen wahrscheinlich, was ich damit meine — das ganz einem Lupusgesicht ähnlich sieht. Der Grund ist offenbar der, dass die kleinen Hautgefässe mit Blut gefüllt sind, was dem Gesicht die blaurothe Farbe giebt, die gerade die Leprome haben. Oefter bin ich im Zweifel gewesen, ob ich hier wirklich Lepra vor mir habe. Wenn wir nun wissen, dass die Lebrabacillen sich in den Gefässendothelien festsetzen, dann ist es ja ganz natürlich, dass in solchen weiten Gefässen, wo der Blutstrom offenbar langsamer ist als irgendwo sonst, die Leprabacillen sich leichter festsetzen können. Das giebt ja keine Erklärung dafür, dass bei einzelnen Menschen die maculo-anästhetische Form, bei anderen die tuberöse auftritt. Aber man könnte davon als Grundlage ausgehen, wenn man weitere Nachforschungen in dieser Richtung anstellen wollte.

Gegenüber Herrn Kaposi halte ich daran fest, dass der Leprabacillus nachgewiesen werden muss. Ich habe selbst in diesem Jahre einen Fall gesehen, den ich für tuberöse Lepra hielt. Als ich die Patientin sah, glaubte ich, ohne weiteres die Krankheit diagnosticiren zu können. Ich schnitt Knoten heraus, konnte in diesen keine Leprabacillen finden und musste da natürlich meine Diagnose aufgeben. $1^1/_2$ Monate später sah ich die Patientin wieder, schnitt aufs neue einen Knoten aus, härtete ihn in Alkohol und machte Schnitte, um erneut auf Bacillen zu suchen. Ich habe sie auch da nicht gefunden, muss also ganz bestimmt sagen: das ist keine Lepra. Die Knoten sassen

1) Mittheilungen und Verhandlungen der Lepra-Conferenz. Bd. I.

in der Gegend der Augenbrauen; Haare waren eigenthümlicherweise nicht ausgefallen. Ich hätte aber sonst nicht bezweifelt, dass es wirklich tuberöse Lepra sei; wenn ich jedoch die Bacillen nicht finden kann, dann sage ich: das ist keine Lepra, und dazu meine ich berechtigt zu sein. Hoffentlich werde ich den Fall im nächsten Jahre wieder zu sehen bekommen und dann entscheiden können, ob ich makroskopisch oder mikroskopisch die richtige Diagnose gestellt habe.

Nach meiner Kenntniss der Krankheit würde ich von den Abbildungen, die Herr Kaposi gezeigt hat, kaum eine einzige für einen Leprafall ansehen. Ich halte ganz wie Herr Neisser daran fest, dass zur sicheren Diagnose der Nachweis des Leprabacillus erforderlich ist.

Ueber die entwickelungsgeschichtlichen Phantasien des Herrn Ashmead will ich kein Wort verlieren; es lohnt nicht der Mühe. Mich interessirt nur die Aufklärung, die er über Japan giebt, und ich möchte unsere japanischen Collegen fragen, ob diese Aufklärungen correct sind. Ich würde allerdings die Sache anders erklären als Dr. Ashmead.

Mr. **Petrini de Galatz** (Bukarest):

Il est incontestable qu'avant la découverte du bacille de Hansen de la lèpre on a confondu la forme tuberculeuse de la lèpre avec la syphilis, et la forme nerveuse entrait dans le groupe vague de trophonévrose. Mais aujourd'hui on n'a plus le droit de diagnostiquer la lèpre sans voir les bacilles avec évidence. Pour moi, je vais plus loin et je dis que le microscope est tout aussi indispensable en dermatologie qu'il est en bactériologie.

L'année dernière j'ai observé un cas de lèpre tuberculeuse ou je n'ai pas trouvé de bacilles. C'est un cas d'une femme de 24 ans, habitant un département d'où j'ai aussi d'autres lépreux typiques. Chez cette femme la maladie a commencé à l'âge de 12 ans par des taches erythématiques et des bulles aux membres inférieurs, puis aux membres supérieurs, région dorsale des mains, puis sur la figure de petites nodosités; ensuite une nodosité était apparue sur l'oeil gauche, dont la vue s'est perdue après 3 mois. Il en resta une cicatrice proéminante, et la cornée devint opaque. Ce cas est exposé assez longuement dans le mémoire que je vous présente. Je ne veux pas prendre trop de temps pour l'exposer en détail. Chez cette femme j'ai observé de temps en temps des poussés sous-aiguës des lymphites et des pseudo-erysipèles de la face, puis lymphangite et commencement du mal perforant d'un pied, qui était aussi ankylosé. Chez cette femme j'ai pris pour l'examen bactériologique, une nodule scléroseuse d'un ancien léprome, de même un morceau de peau pigmentée, qui était analgésique. Eh bien, dans ces fragments, en examinant les coupes, je n'ai pas trouvé aucun bacille; tandisque dans 32 cas, que j'ai aussi étudiés, j'ai toujours trouvé le bacille, aussi bien dans la forme nerveuse que dans la forme tuberculeuse. Dans la forme nerveuse, comme je l'ai dit à Breslau, j'ai trouvé le bacille même dans le sang. Par conséquent, quoique dans ce cas je n'aie pas trouvé de bacilles, j'ai dû tout de même faire le diagnostic de lèpre. Il ne faut pas oublier que le bacille manque dans les crachats des tuberculeux;

on met tout de même le diagnostic de tuberculose, lorsque, cliniquement, on peut faire cette diagnose. On pourrait dire la même chose pour les bacilles virgule de choléra. On a vu quelquefois son absence dans des cas typiques de choléra. Je ne dis pas que dans mon cas on ne pourrait en certains moments trouver des lépromes frais, et l'on trouvera le bacille; mais dans les deux fragments que j'ai examinés, je n'ai rien trouvé.

Il ne faut pas oublier aussi que quelquefois, alors que tous les lépromes disparaissent sur la peau, on pourrait trouver les lépromes avec des bacilles dans les viscères. Et on sait que dans le cas de Souza Martin de Lisbonne on a trouvé des bacilles dans la moëlle.

Pour conclure, je dirai que, pour mettre le diagnostic de lèpre, il faut trouver le bacille. Deuxièmement: mais il peut y avoir des cas où la maladie s'est arrêtée pour quelque temps, où l'on ne peut pas rencontrer le bacille; alors la clinique, prenant ses droits, passera outre et l'on mettra le diagnostic de lèpre dans les cas comme le mien.

Herr **Blaschko** (Berlin):

Die Differenzen zwischen der tuberösen und der anästhetischen Lepra halte ich nicht für so bedeutend, dass man so grosse Unterscheidungen machen darf. Sie scheinen mir mehr quantitativer Natur zu sein. Auch die anästhetische oder maculöse Form nimmt wohl in allen Fällen den Weg, den Dehio und Gerlach vorgezeichnet haben, den centripetalen. Ich glaube nicht, dass die histologischen Differenzen in den Fällen von tuberöser und anästhetischer Form maassgebend sind, um so grosse weitgehende Unterschiede zu rechtfertigen. A priori ist ja zuzugeben, dass Embolieen auch primär ausserhalb der Nervenstämme auftreten können. Aber das ist eine Hypothese, welche weder durch die Anatomie noch durch die Klinik gerechtfertigt ist, während der Weg von der Haut in die Nervenbahnen nach beiden Richtungen hin vollkommen erhärtet ist. Ich werde Ihnen Schnitte zeigen, wo die Nerven in der Nachbarschaft der Gefässe, in der Peripherie erkrankt sind, weiter hinauf nicht, wie dies Gerlach ja schon vielfach in seinen sehr mühseligen Untersuchungen durch Serienschnitte nachgewiesen hat.

Der klinische Verlauf spricht ebenso in allen Fällen eigentlich für einen solchen centripetalen Vorgang. In dem Falle, den ich Ihnen gestern vorgestellt habe, wo seit 5—6 Jahre Flecken bestehen, sind die vorhandenen Anästhesien — nicht totale Anästhesien, sondern eine Dissociation der Gefühlsqualitäten insoweit dass es nur Thermoanästhesien und Analgesien sind — absolut an die anästhetischen Flecke gebunden. Sowie man über diese Flecke hinausgeht, ist auch nicht die Spur einer Anästhesie vorhanden. Es giebt Flecke, die nur zum Theil anästhetisch sind, andere, bei denen die Anästhesie ein wenig auf das benachbarte Gewebe hinüberreicht. Aber wir haben niemals eine solche Lokalisation der Anästhesieen, die irgend einem Nervenstamm entspricht. Gewiss mag es Fälle geben, welche noch nicht aufgeklärt sind; z. B. ist es eine höchst eigenthümliche Erscheinung, dass in der Familie Maass, aus der zwei tuberöse Fälle stammen, die beiden jüngsten Geschwister anästhetische Fälle sind. Die Anästhesien sind

bei den beiden jüngsten Kindern, die schon in einem frühen Lebensalter erkrankt sind, streng symmetrisch und auch bei beiden Kindern die gleichen. Das würde ja mehr für einen centralen Charakter sprechen. Der Knabe sowohl als das Mädchen haben Anästhesieen, die etwa bis hier hinauf reichen (Demonstration) und ziemlich scharf begrenzt sind. Die Begrenzung ist aber eine gliedweise und keine segmentäre in dem Sinne, wie es Laehr von der Syringomyelie gezeigt hat, sodass also eine Verletzung sowohl der hinteren Wurzel als auch der Centralorgane ausgeschlossen ist. Ferner ist auch eine Erkrankung einzelner Nervenfasern ausgeschlossen, und trotzdem ist es höchst unwahrscheinlich, dass man eine reine Embolie annehmen kann, weil in diesen beiden Fällen so ausserordentlich kleine Lokalisationen vorhanden sind, und diese auffallende Symmetrie, überhaupt jeder reguläre Charakter an und für sich schon gegen eine Embolie spricht, die in ihrem Wesen etwas Irreguläres ist. Ich sage wieder: Zufall, obwohl das Wort ja vorhin gerügt worden ist. Ich glaube, dass die Theorie, die in den Ausdrücken des Herrn Unna von den Neurolepriden am reinsten zu Tage tritt, nach welcher also die Maculose zu der Nervenerkrankung sich verhält wie die Herpeseruption zu der Erkrankung im Nerv, vollkommen fallen gelassen werden muss. Es giebt keinen Fall, welcher in der klinischen Begrenzung der Sensibilitäts-, der trophischen, der motorischen Störungen eine solche Auffassung gerechtfertigt erscheinen lässt, und alle anatomischen Thatsachen sprechen dafür, dass die Erkrankung der Haut, wie sie klinisch der Nervenerkrankung vorangeht, auch anatomisch und zwar, wie wohl Dehio und Gerlach richtig gezeigt haben, im Wesentlichen von den Schweissdrüsen erst auf die Nerven übergeht und dann innerhalb der Nerven centripetal vorwärts schreitet.

Herr **Doutrelepont** (Bonn):

Ich wollte nur über das Nichtfinden von Bacillen, sogar in der tuberösen Form, ein paar Bemerkungen machen. Ich habe drei Fälle ziemlich genau untersucht. In dem ersten Fall, einer klein-papulösen Lepra, habe ich lange suchen müssen, bis ich sie fand. Es kommt jedenfalls darauf an, wieviel Schnitte man untersucht und mit welcher Geduld man sich die Sache häufig ganz genau ansieht. Es ist mir auch begegnet in einem Falle, wovon ich heute Schnitte gezeigt habe, dass ich sie in manchen Schnitten massenhaft fand, nachher aber in anderen Schnitten, wo ich das Celloidin vor der Färbung entfernt hatte, gar keine Bacillen mehr auffinden konnte. Einen Grund dafür kann ich nicht angeben. Die Schnitte waren in dem einen wie in dem anderen Falle ganz gleichmässig gefärbt und präparirt. Noch in den letzten Tagen ist mir Aehnliches mit einem Darm passirt. Ich habe von Lepra des Darmes Präparate gemacht und auch hier ausgestellt. Ich wollte noch ganz frische Präparate anfertigen, und es ist mir nicht gelungen, in vielleicht 50—60 Schnitten die Leprabacillen wenigstens so schön darzustellen, dass ich sie hier hätte demonstriren können. Also man wird zuweilen — bei der Haut wird das nicht so häufig vorkommen, aber wenigstens bei der visceralen Lepra — 50, 60 Schnitte machen können, ohne etwas zu finden, und nachher findet

man vielleicht eine sehr grosse Zahl von Bacillen. Ich erwähne das, damit die Herren auch darauf achtgeben. Ich habe jetzt auch Nervenpräparate gemacht vom Nervus ulnaris und vom Nervus medianus, wo ich früher sehr viel Leprabacillen gefunden hatte. Ich färbte neue Schnitte nach Israel zuerst mit Hämatoxylin, nachher mit Carbolfuchsin. Es wimmelte von Bacillen in den Nerven, und am folgenden Tage, wie ich die Präparate wieder ansah, war alles fast vollständig verschwunden. Andere Präparate, die ich an demselben Tage mit derselben Färbflüssigkeit gefärbt hatte, sind ganz schön gefärbt geblieben. Auch dafür kann ich keinen Grund angeben.

Herr **v. Düring** (Konstantinopel):

Ich habe sehr viel Lepra gesehen, würde aber die Fälle, die Herr Kaposi uns gezeigt hat, nicht als Leprafälle diagnosticiren können. Vielleicht liegt es an der ungenügenden Ausführung der Abbildungen. Speciell den zuerst vorgezeigten Fall würde ich nur dann für Lepra halten, wenn Bacillen nachgewiesen werden. Sonst würde er mir niemals als Leprafall imponiren. Ebenso der dritte Fall mit den grossen erythematösen Flecken auf der Bauchwand. Es ist ja möglich, dass in Natura diese Fälle lepraähnlicher waren.

Hinsichtlich der Knoten und der erythematösen Flecke glaube ich, dass nur ein quantitativer und kein qualitativer Unterschied vorliegt. Ich habe klinisch oft beobachten können, dass aus grossen erythematösen Flecken sich später einfach maculöse anästhetische Flecken entwickelten und andererseits entwickelten sich ganz geringe Infiltrate, die ich mit dem bezeichnen möchte, was Zambaco die früh-exsudative Form der Lepra nennt, wobei man also den chronisch-ödematösen Zustand findet, und auf diesen Flecken, wo kein eigentliches Erythem sich entwickelt hat, sich später Knoten entwickeln. Das ist ganz gemischt. Ich glaube, unsere Discussion beruht zum Theil auf der unglücklichen Scheidung zwischen nervöser und tuberculöser Lepra. Die Formen gehen aber überall ineinander über.

Herr **v. Petersen** (St. Petersburg):

Ich habe die Abbildungen von Herrn Kaposi, von denen wir in Moskau gesprochen hatten, mit ganz besonderem Interesse erwartet. Wenn ein so gewiegter Mann, wie Herr Prof. Paltauf in einem Leprafalle keine Bacillen findet, so wird man misstrauisch und fängt an zu glauben, dass es Fälle giebt, die keine Bacillen haben. Ich nehme aber den Standpunkt der Herren ein, die vor mir gesprochen haben, dass ein Fall, der bei wiederholten Untersuchungen keine Bacillen aufweist, auch kein Leprafall ist, und die Zeichnungen des Herrn Kaposi haben mich nicht überzeugt. Es wäre interessant zu erfahren, was aus diesen Fällen geworden.

Vor ein Paar Wochen kam ein Mann zu mir nach St. Petersburg mit einem Briefe eines Collegen, der Dermatologe ist und worin dieser schreibt: Hiermit übersende ich Ihnen einen Patienten, den ich für einen Leprafall halte, und bitte ihn genauer anzusehen. Es war ein Beamter von einigen 40 Jahren aus dem nordöstlichen Gouvernement Russlands nahe der sibirischen Grenze, einer Gegend, die uns noch

leprafrei erscheint. Um so interessanter war der Fall. Wie der Mann eintrat, hatte ich in der That zunächst den Eindruck: das ist selbstverständlich ein Leprafall. Er hatte Knoten im Gesicht, an den Vorderarmen, auf der Brustregion und auf der Nacken-Rückenregion in der Scaoulargegend. Mir fiel aber gleich auf, dass er sehr dichte Augenbrauen hatte. Auf meine erste Frage, wie lange das Leiden besteht, antwortete er: 10 Jahre. Nun wissen wir ja wohl, dass es eine Reihe von Fällen giebt, wo die Augenbrauen längere oder kürzere Zeit erhalten bleiben, aber bei ziemlich grossen Knoten — und die Knoten waren erbsen- und bohnengross — die 10 Jahre lang bestehen, wird doch immer ein Ansfall der Augenbrauen in starkem Maasse stattfinden.

Die mikroskopische Untersuchung war negativ. Nun wenn wir eine Menge so grosser Knoten haben, so müssen wir doch Bacillen finden. Denn alle infectiösen Granulome müssen doch durch Bacillen hervorgerufen werden. Wenn wir in einzelnen Stadien der maculösen Form die Bacillen nicht finden, so ist dies ganz erklärlich. Aber in der Knotenform müssen wir sie meiner Ueberzeugung nach in ziemlich grosser Anzahl finden. Zum mindesten müssen wir die regressive Form finden. Wenn 10 Jahre Leprome bestehen, muss ein Theil zurückgehen, es müssen neue Nachschübe kommen, verschiedene Stadien der Entwicklung da sein, vor allen Dingen sollten Ulcerationen oder Narben vorgekommen sein.

Davon war nichts vorhanden, sodass ich den Fall nicht für Lepra hielt. Solche Fälle sind ganz besonders interessant. Wir werden sie sammeln und längere Zeit beobachten müssen, um festzustellen, für was wir sie dann erklären können.

Herr **Unna** (Hamburg):

Alle in der Versammlung sind wohl einverstanden, dass wir gerade in Bezug auf den Bacillennachweis ganz scharf unterscheiden, dass er de rigueur nur verlangt wird für die tuberöse Form. Wenn wir also das vor uns haben, was ich Neurolepride nenne, die erythematösen Formen, dann hat ja ein negativer Befund nichts zu besagen. Ich habe meine Patienten sehr lange unter Beobachtung gehabt, zum Theil sechs, sieben Jahre, habe sehr fleissig excidirt, und mir ist kein Fall vorgekommen, wo eine tuberöse Form ohne Bacillen gewesen ist. Im Gegentheil, sie waren immer massenhaft vorhanden. Ueberraschend ist allerdings, dass in manchen Präparaten keine gefunden werden, während sie von einem anderen Arbeiter in demselben Laboratorium oder bei Nachuntersuchungen massenhaft gefunden werden, und deshalb muss man an alle Herren, welche uns künftig Lepra tuberosa ohne Bacillen beschreiben wollen, die Bitte richten, dass sie sehr scharf und genau ausser der Geschichte des Falles u. s. w. auch die Methodik präcisiren, die sie gebraucht haben. Bei uns wurde z. B. in solchen Fällen manchmal, wenn auch nicht immer der Grund in einer Sache gefunden, die kaum glaublich erschien, in einer Verunreinigung des Gefässes, wo der Alkohol aufbewahrt war, oder in einer anderen Form von Oel, die gebraucht war. Wenn man sicher sein will, in allen Fällen den Leprabacillus auf den ersten Anhieb nachzuweisen, so hat sich bei uns fol-

gende Methode als ich möchte sagen, absolut — wenn man das überhaupt in naturwissenschaftlichen Dingen sagen darf — erwiesen. Wenn Sie erst die Schnitte auf dem Objectträger antrocknen, ehe Sie sie färben, nach 2 Stunden erst ein bischen in der Wärme, dann in der Kälte mit Carbolfuchsin färben, dann habe ich noch nie gesehen, dass sie in zweifelhaften Fällen ausgeblieben sind; sie sind sogar, wie in meinen Präparaten, sehr scharf gefärbt. Ich schwemme nachher die Schnitte wieder ab durch salpetersauren Alkohol und durch Wasserbehandlung. Aber wenn erst die angetrockneten Präparate gefärbt werden, habe ich nie gesehen, dass uns ein Bacillus entgangen ist, auch dort, wo andere Leute ihn nicht gefunden haben.

Die These, dass nach meiner Meinung das was, ich Neurolepriden nenne, einen centralen Ursprung hat, habe ich allerdings aufgestellt. Wie weit dieser Ursprung central zurückgeht, das zu beurtheilen bin ich nicht Neurologe genug. Solche Fälle, wie sie Herr Blaschko selbst anführt, dass mit einer fabelhaften Symmetrie, an ganz umschriebenen Stellen sehr frühzeitig diese Formen auftraten, haben mich natürlich vom klinischen Standpunkte aus dahin gebracht, frühzeitig auch einen centralen Ursprung anzunehmen. Ich würde sehr froh sein, wenn die Theorie des peripheren Ursprungs so erwiesen wäre, dass ich sie annehmen könnte. Mir ist sie auch an und für sich zusagender; mir fehlen aber die Beweise, und es wäre sehr hübsch, wenn die Herren Blaschko und die Neurologen zusammen sich dieser Aufgabe widmeten. Ich habe mir die grösste Mühe gegeben, etwas von peripheren Degenerationen in den Nerven zu finden, analog der Degeneration der Haut. Unsere Technik ist aber noch so weit zurück, dass wir über die Degeneration der peripheren Nervenenden nichts aussagen können. Das ist eine bedauerliche Lücke — mir um so bedauerlicher, weil ich in meiner Histopathologie das ganze Thema fallen lassen musste, da ich nichts Sicheres darüber aussagen konnte. Die klinischen Thatsachen haben mir so imponirt, dass ich mich bis jetzt nicht davon frei machen konnte, da einen centralen Ursprung anzunehmen. Es kann ja sein, dass auch periphere Nerven darunter leiden. Vielleicht zeigen uns die Neurologen noch einmal, dass etwas Derartiges vorkommt, dass zu gleicher Zeit durch einen centralen Antrieb auch periphere symmetrische Nervenregionen leiden. Jedenfalls erwarte ich von den Herren zunächst eine Verbesserung der Methodik, die uns etwas Aehnliches an den Nerven zeigt, wie wir es an der Haut gefunden haben.

Herr **Neumann** (Wien):

Es sind jetzt ungefähr 25 Jahre her, als ich Professor Danielssen in Bergen besuchte. Er trat bekanntlich einzig und allein für die hereditäre Vererbung der Lepra in. Er erzählte mir, ein jüngerer Mann, namens Hansen, sei zwar der Ansicht, dass die Lepra ansteckend wäre, und habe zwei Wärterinnen, die ohne Lepra ins Spital gekommen sind und nach 10 Jahren Lepra bekommen haben. Aber er theilte damals die Ansicht nicht. Heutzutage hat derselbe Hansen den Bacillus nachgewiesen, und jetzt ist wohl Niemand mehr im Zweifel, dass der Bacillus der wichtigste Befund bei der Lepra ist. Aber ich

glaube, wir wollen nicht alles Uebrige von uns weisen und die Lepra einfach ausschliessen, wo der Bacillus nicht nachgewiesen ist. Denn wenn Sie in dieser Weise vorgehen, wird es Ihnen eigentlich niemals gelingen, auch nur die Lepra statistisch in irgend einem Lande nachzuweisen.

Die Fälle, welche College Kaposi hier vorgestellt hat, kenne ich aus eigener Anschauung, und zwar nicht nach den Abbildungen, sondern lebend. Ich kann mit voller Bestimmtheit sagen, dass das, was hier vorgestellt wurde, Lepra ist und Lepra war. Dagegen gebe ich vollständig zu, dass eine einmalige Untersuchung nicht genügt. Wenn ich einmal nichts finde, kann es vielleicht an der Methode liegen; aber die klinische Diagnose darf man nicht einfach von sich weisen. Man darf nicht sagen: ich finde keine Leprabacillen, folglich ist es keine Lepra. Da wird man erwidern müssen: wiederholen Sie die Untersuchung und wiederholen Sie sie wieder; endlich werden Sie sie doch finden. Niemand von uns ist doch wohl im Zweifel darüber, dass die Lepra anaesthetica auch Lepra ist, und wie selten gelingt es da, den Bacillus nachzuweisen. Das, was in den Pemphigus - Blasen zu finden ist, ist nicht immer constant und auch nicht beweisend. Aber deshalb wird doch Niemand die Lepra anaesthetica in Abrede stellen wollen.

Sie sehen aus meinen Worten, dass ich ein begeisterter Anhänger der bacillären Natur der Lepra tuberosa im Allgemeinen bin. Aber ich würde mich dagegen aussprechen, wenn man die klinische Diagnose vollständig beseitigen und nur das Mikroskop allein gelten lassen wollte.

Zu den Ausführungen des Herrn Hansen über die Lepra anaesthetica bemerke ich, dass vor 25 Jahren eine Abhandlung erschien über die Lepra in Madras, und da stellte sich heraus, dass unter 100 Leprösen 30 anästhetisch und 70 tuberculös sind. Es scheint wirklich, dass klimatische Verhältnisse darauf einen Einfluss üben, ob im Gesicht Knoten auftreten oder nicht, dass in Norwegen die anästhetische Form seltener vorkommt, in den südlichen Gegenden dagegen sehr oft.

Herr **Arning** (Hamburg):

Es schien, als ob der schöne, sichere Boden, auf dem unsere gestrigen Verhandlungen fussten, der Bacillus, heute durch die ersten beiden Mittheilungen erschüttert werden sollte. Nachher ist aber doch eine Reihe anderer Ausführungen gemacht worden, wie diese Dinge eventuell zu erklären sind. Ich theile vorläufig ganz den Standpunkt des Collegen Unna, dass wir wenigstens für die tuberöse Form da, wo wir mit der Diagnose im Zweifel sind, den Nachweis der Anwesenheit des Bacillus fordern müssen. Nach Bildern zu urtheilen, ist schwer und es war mir um so mehr interessant, eben von Herrn Neumann bestätigen zu hören, dass die Kaposi'schen Bilder thatsächlich auch nach seiner Auffassung Leprakranke darstellen. Mir würde das erste Bild als ein ausserordentlich fraglicher Fall von Lepra erscheinen und keines von den Bildern würde mir ohne weiteres den Anschein erwecken: hier haben wir sichere Fälle von Lepra; und dass es bei solchen unsicheren Fällen um so mehr erforderlich sein muss, den Bacillus nachzuweisen, werden Sie mir zugeben. Wir können natürlich bei einer grossen Enquête über Lepra nicht verlangen, dass in allen

typischen Fällen der Bacillus nachgewiesen wird; aber für zweifelhafte Fälle sollten wir es meiner Ansicht nach thun, ehe wir uns klinisch entscheiden, dass es sich um Lepra tuberosa handelt.

Die Gründe, weshalb unsere Befunde negativ bleiben können, brauchen ja nicht allein darin zu liegen, dass eine klinische Auffassung sich nicht mit dem deckt, was wir sonst als Lepra auffassen. Wir Alle, die wir viel Lepra gefärbt und viel geschnitten haben, wissen, wie difficil die Färbungen sind. Auch die Aufbewahrungsart ist, wie Herr Unna gesagt hat, eine merkwürdig variable. Ich erinnere z. B. an die Präparate, die Neisser von seiner spanischen Leprareise zurückbrachte. Wir haben nachher in Breslau versucht, wieder zu färben, und konnten keine Leprabacillen darin finden. Der Physikus Long in Breslau, der von demselben Material bekam, zeigte uns nachher die schönst gefärbten Schnitte. Er hat damals den Alkohol abgegossen, frischen Alkohol daraufgethan, hat leicht alkalisirt, kurz, die Methode verändert, und die Färbung gelang. Es liegt aber nicht nur an der Aufbewahrung, sondern es liegt auch sehr viel an dem Färben und daran, dass wir genauere Methoden haben. Jeder muss vor allen Dingen sagen, wie er es gemacht hat, bis ins Detail, ob der Schnitt in Celloidin eingebettet ist und nachher das Celloidin entfernt, oder einfach nach der Methode oder auch nach der Paraffin-Methode oder nach der Methode. Das ist durchaus nicht ohne Bedeutung, denn Sie wissen nicht, ob Sie mit dem Celloidin nicht zugleich auch die Leprabacillen ausziehen. So liegt es auch bei der Entfärbung mit den Säuren. Es ist ganz sicher, dass verschiedene Qualitäten derselben Säure verschieden wirken, und ich möchte vorschlagen, die Säuren ganz wegzulassen. Man braucht sie nicht. Man kann das Carbolfuchsin verdrängen durch das Methylenblau, und zwar nicht einmal saures Methylenblau. Wenn man das Methylenblau genügend lange wirken lässt, verdrängt es ganz gradatim das Carbolfuchsin auf dünnen Schnitten, und Sie bekommen die schärfsten Doppelfärbungen, ohne dass Sie vorher zu entsäuern brauchen.

Was die andere Sache betrifft, die merkwürdiger Weise in der Debatte zusammengeworfen ist: die Differenz zwischen den Bacillenbefunden bei der anästhetischen Form und bei der tuberösen Form, so wissen Sie, dass ich mich immer auf den Standpunkt gestellt habe, dass die Differenz nicht eine quantitative allein ist. Wenn ich von einem tuberösen Fall einen Nerven schneide, so finde ich den Nerven vollgepfropft von Bacillen, möchte ich sagen, finde aber absolut klinisch keine Anästhesie bei dem Falle. Sie kennen Alle die dicken Leprome in den Nerven ohne Veränderungen an der Haut, die vom Nervensystem ausgehen ohne irgendwelche Veränderungen an der Musculatur, ohne die geringste Veränderung in der Schweisssecretion; kurz, alles das, was wir bei der anästhetischen Form fordern, ist bei diesen tuberösen Formen nicht da. Trotzdem ist der Nerv vollgepackt von Bacillen. Auf der anderen Seite ein anderes Bild: in den grossen Nervenknoten ein oder zwei Bacillen und trotzdem die grössten Veränderungen in der Haut. Bacillen in der Haut schwer zu finden, für einige von uns gar nicht zu finden in diesen Fällen, trotzdem schwerere Veränderungen der Haut, als wo der ganze Nerv voll Bacillen ist. Das ist nicht allein

ein quantitativer Unterschied, da muss ein qualitativer Unterschied dabei sein. Es muss auch in diesen Fällen eine andere Wirkung des Leprabacillus stattfinden, wie bei den tuberösen Fällen. Warum ist auf der einen Seite die Haut ganz vollgepfropft von Leprabacillen und die Empfindung der Haut ist in keiner Qualität getrübt, die Tastempfindung ist erhalten, die Wärme- und Kälte-Differenzirung, die Schmerzempfindung, und auf der anderen Seite vereinzelte Bacillen und klinische Veränderungen an der Haut und ganz tiefe und weitgehende Veränderungen der Nerven-Perception. Dazu kommt noch eine weitere und, wie ich glaube, höher liegende Ursache der Störung bei vielen, ich will nicht sagen bei allen Nervenformen: wenn Sie Nerven-Lepra sehen bei Kindern, die im Wachsthum sind, und Knochenmessungen machen, so werden Sie finden, dass ein ganz bedeutendes Zurückbleiben des Knochenwachsthums eingetreten ist. Ich habe bei früheren Gelegenheiten einen Fall erwähnt, wo eine schwere Verkürzung von 9 cm in der oberen Extremität eingetreten war, der ganze Arm von oben bis unten anästhetisch, auch sonst noch typische Zeichen von Lepra bei einem anästhetisch-leprösen 14jährigen Mädchen, die vom 2. oder 3. Jahre an befallen war. Es war einer der frühesten Fälle, die bekannt waren. Das kann man doch nicht allein darauf basiren, dass eine rein cutane Störung vorhanden ist; da muss ein physiologischer Grund mit vorhanden sein, um solche gewaltigen Unterschiede hervorzubringen.

Herr **Dehio** (Dorpat):

(Siehe Band III.)

M. **Darier** (Paris):

J'ai étudié les macules de la lèpre dans 9 cas très différents les uns des autres; j'ai constaté des lésions de même ordre dans tous les cas mais variables comme degré; elles conduisent par une série non discontinue de la tâche érythémateuse ou pigmentaire la moins infiltrée jusqu'à de véritables lépromes en nappe. Dans tous les cas, sauf un seul, j'ai trouvé des bacilles dans les coupes, soit en abondance extrême, soit isolés; pour plusieurs pièces j'ai dû prolonger les colorations avant de réussir; je confirme donc ce que viennent de dire MM. Blaschko, Unna, Doutrelepont sur l'importance de la technique dans cette question. Pour moi j'accepte qu'on me dise que quelques unes de mes pièces soient des lépromes; c'est aussi mon avis et je crois qu'il n'y a pas de différence essentielle, mais seulement quantitative entre des lépromes et des léprides. Ce qui distingue la lèpre nerveuse et la lèpre tuberculeuse peut tenir à l'immunité relative du terrain, mais aussi à des différences de virulence des bacilles: on ne peut encore que faire des hypothèses sur ce sujet.

Herr **Neisser** (Breslau):

(Siehe Band III.)

Herr **Kaposi** (Wien):

Ich glaube, dass man etwas zu weit geht, wenn man den Grundsatz aufstellt: Der Bacillus muss gefunden werden, und wenn kein

Bacillus da ist, ist es keine Lepra. In der Natur kommen erst die Thatsachen und dann die Deutung. Ich selbst erkenne die ätiologische Bedeutung des Leprabacillus gerade so an, wie alle Anderen, glaubte aber, den naturwissenschaftlichen Standpunkt hervorheben zu sollen, dass, wenn man in einzelnen Fällen der Lepra tuberosa keine Bacillen findet, man aus diesem Umstande nicht die Berechtigung deduciren soll, die Lepra in Abrede zu stellen. Das ist ja klinisch eine sehr wichtige Sache. Falsche Diagnosen habe ich selten in meinem Leben gemacht, weil ich lieber sage: ich mache überhaupt keine Diagnosen, ich verstehe es nicht, und das kommt öfter vor. Aber diese Fälle sind Lepra. Es giebt keine einzige Form der Lepra, die in der Literatur unter den Abbildungen dargestellt ist, die ich nicht gesehen hätte. Ich habe aber Formen gesehen, die Andere nicht gesehen haben bei viel grösserem Material. Das bezieht sich speciell auf die kleine papulöse Form. Man hat bei den 3 Fällen, die ich zeigte, keine Bacillen gefunden. Ich habe aber ausdrücklich gesagt, dass man möglicher Weise in der einen oder anderen Epoche welche finden wird.

Den ersten Fall von kleiner papulöser Form habe ich vor 2 Jahren gesehen bei einem Knaben aus einer Hamburger Familie. Dann habe ich noch 2 gesehen, die weniger von Bedeutung sind, weil ich sie nur flüchtig beobachten konnte. Von der kleinen papulösen Form, welche im Arm und im Gesicht dargestellt worden ist, habe ich auch in meinem Buch im Kapitel „Lepra" hervorgehoben, dass sie mit der kleinpapulösen Syphilis ausserordentlich leicht verwechselt wird. Dieses Mädchen war 2 Jahre krank, als sie zu uns kam. Ich werde sie mit Vergnügen Collegen, die in der Gegend sind, vielleicht Herrn von Bergmann in Riga, zur Verfügung stellen. Ich bin von der Familie befragt worden, ob das Mädchen in der Familie behalten werden könne. Sie war sonst sehr gesund und wenn sie nicht irgendwelche Complicationen bekommen hat, setze ich voraus, dass sie vielleicht noch lebt. Von dem dritten Fall aus Salonich bedaure ich, Abbildungen nicht mitgebracht zu haben. Nach der Abbildung mache ich auch nur selten eine Diagnose. Ich dachte aber, dass man vielleicht voraussetzt, dass ich Lepra diagnosticiren kann, und dass Diejenigen, welche Abbildungen gesehen haben, sich das lebende Bild ergänzen können. Herr College von Düring wird vielleicht Gelegenheit haben, über diesen Fall noch Näheres festzustellen. In dem anderen Falle habe ich hervorgehoben, dass vollständige Anästhesien da waren, was überhört worden zu sein scheint. Wenn Jemand glaubt, dass es auch andere Krankheiten giebt, die solche Infiltrate machen, die mit completer Anästhesie verbunden sind, die so aussehen und die man nicht Lepra nennen soll, so bitte ich zu sagen, was es ist. Ich kenne keine andere Krankheit, die ich diagnosticiren könnte. Mag das Jemand als besondere Form von Infiltration oder anästhetischer Syringomyelie deuten. Allein der erste und dritte Fall, von denen ich gesagt habe, dass auch grosse Anästhesien um die Infiltrate herum sind, sind ganz typische Fälle von Lepra und beweisen, dass man auch ohne nachweisbare Leprabacillen in diesem Stadium der tuberösen Lepra die Diagnose Lepra machen muss und dazu berechtigt ist.

Herr **Bergengruen** (Riga):

Ich habe vor 8 Jahren die Ehre gehabt, Kaposi's Schüler zu sein, und erinnere mich dieses Mannes aus Salonichi sehr deutlich. Ich hatte schon Lepra gesehen, aber solche Fälle noch nicht. Nachher habe ich sehr viele ähnliche Fälle gesehen, wenn auch nicht freilich ganz genau so, und Sie würden einstimmig anerkennen, dass es wirklich ein lepröser Fall war, wenn dieser Mann hier etwa an meiner Stelle stehen würde.

Herr **Sachs** (Beyrut):

Die Lepra im Allgemeinen zeigt Erscheinungen, wo man sowohl centrale, als peripherische Störungen annehmen könnte. Ich habe einen Fall, ein Kind von 4 Jahren, von einer leprösen Mutter. Das zeigt Formen der mutilirenden Lepra, eine Paralyse der beiden Vorderarme mit vollständiger Anästhesie. Die Störungen hören am Ellenbogen auf. Sonst zeigt das Kind keine anderen Störungen mehr. Die Mutter dieses Kindes zeigt eine symmetrische Störung, und deshalb möchte ich glauben, dass es auf centraler Basis beruht. Die Mutter zeigt asymetrische Nervenstörungen; sie hat eine Facialisparalyse der rechten Seite und eine Paralyse des linken Fusses. Das gleichzeitige Vorkommen dieser Störungen beweist, dass die Störungen nicht als peripherisch angenommen werden können, sondern im Allgemeinen central sind. Ueberhaupt möchte ich den Nervenstörungen im Allgemeinen eine grosse Rolle bei der Lepra beilegen. Alle Formen der Lepra und alle Erscheinungen, unter denen sie vorkommt, möchte ich in eine Classe stellen. Ob man nun spricht von tuberöser Lepra, nervöser, maculo-anästhetischer, von Syringomyelie, Sclerodactylie, Maladie de Morvan, — dies Alles sind Formen der Lepra, die meistentheils auf nervösen Störungen beruhen, und ich möchte deshalb den Krankheitserreger im Allgemeinen in den Nerven suchen. Wenn ich auch vollständig damit einverstanden bin, dass bei der tuberösen Lepra der Bacillus unbedingt vorhanden sein muss, so sind mir doch sehr viele Fälle vorgekommen, wo der Bacillus in den anderen Formen der Lepra nicht gefunden werden konnte. Man sollte also den Nerven eine grössere Aufmerksamkeit widmen und dort nach den Störungen suchen, die die Lepra hervorbringt.

Herr **Unna** (Hamburg):

Was den Fall von Herrn Kaposi anbetrifft, so sagte Herr Besnier, der neben mir sass, gleich, er hätte Zweifel daran, dass es ein Fall von Lepra wäre, und Herr Darier sagte dasselbe, während mich der Fall gerade sehr anheimelt als Lepra, und da diese Form, die kleinpapulöse Form von Lepra genannt ist, will ich meine Meinung dahin aussprechen: Cette forme n'est pas si rare que messieurs les Français croient. J'ai eu en traitement 7 personnes, dont deux montraient cette forme; c'est la forme que j'ai décrite dans mon livre comme lépromes de la cutis.

Der **Vorsitzende** giebt Kenntniss von einem soeben aus Moskau eingetroffenen Begrüssungsschreiben.

Dieses lautet:

Sehr geehrter Herr und hochgeschätzter College!

Indem ich in Folge der begonnenen Vorlesungen nicht die Möglichkeit habe, der Lepra-Conferenz in Berlin beizuwohnen, bitte ich Sie, der hochverehrten Versammlung am Eröffnungstage der Sitzungen meinen herzlichsten Glückwunsch im Namen der Moskauer Dermatologischen Gesellschaft, meiner Klinik für Hautkrankheiten, des Aerztepersonals des Mjasnitzki-Krankenhauses und von mir persönlich übergeben zu wollen mit dem Wunsch eines vollen Gedeihens Ihrer Beschäftigungen in einer so wichtigen und in jeder Beziehung so hochinteressanten Frage, wie die Lepra-Frage.

Genehmigen Sie, hochgeehrter Herr Präsident, die Versicherung der aufrichtigsten Hochachtung

Ihres Moskauer Collegen

Prof. A. Pospéloff.

Herr **v. Reisner** (Riga):

Das von Professor Kaposi erwähnte Mädchen aus Reval wurde 5 Jahre darauf als exquisit leprös-tuberöser Fall in die Rigaer Leproserie aufgenommen und die Untersuchung der Haut hat massenhafte Anwesenheit von Leprabacillen ergeben.

Herr **von Bergmann** (Riga):

Ich will nur bestätigen, das dieser Fall zweifellos tuberöse Lepra gewesen ist.

Herr **Rudolf Virchow** (Berlin):

Ich habe hier Präparate von einem jungen Mädchen aus Indien, die hier bei uns gestorben ist. Zuerst gelang es, die Bacillen in einer sonst nicht weiter veränderten Milz zu finden. Hier waren diese kleinen Knötchenformen in so dichter und ausgezeichneter Weise zu sehen, wie ich sie noch nicht gesehen hatte.

II. Welches sind die Wege der Uebertragung?

Herr **Sticker** (Giessen):

Herr Geheimrath Weber hat gestern einen Leprakranken vorgestellt, dessen Leiden unter rationeller Behandlung eine so bedeutende symptomatische Besserung erfahren hat, dass man vielleicht an eine bevorstehende Heilung denken könnte. Der Mann ist aber, wie Herr Weber selbst sagt, noch nicht gesund. Ich glaube, er kann ganz vollständig gesund werden. Man muss den Herd zerstören, von welchem aus immer die Bacillen an die verschiedenen Körperstellen gelangen. Ich habe gestern mit Erlaubniss des Herrn Geheimraths Weber den Patienten untersucht und habe den Herd, welchen ich für den Primäraffect der Lepra halte, bei dem Patienten gefunden. Der betreffende Mann hat ein flaches, oberflächliches Geschwür auf der rechten Seite der knorpeligen Nasenscheidenwand und ein wenig Sekret, welches ich von der Nasenscheidenwand mittels eines Federhalters entnahm und auf ein Deckglas strich, enthielt zahlreiche Bacillen, wenigstens so viele, dass ich bei der ersten Durchsicht 4, 5 Haufen fand und auch heute wieder in zwei Mikroskopen die betreffenden Bacillen demonstriren

konnte. Es fällt daher der Fall unter die grössere Reihe von Fällen, welche ich in Indien, in Aegypten zu untersuchen Gelegenheit hatte. Ich habe damals 153 Fälle genau untersucht. 400 habe ich etwa gesehen, aber ich zähle nur 153, weil ich die nach allen Richtungen hin klinisch und bakteriologisch genau untersucht habe. Von diesen 153 Fällen hatten 140 Kranke in der Nase eine Veränderung, die ich aus noch darzulegenden Gründen für den Primäraffect halte. Bei diesen 153 Kranken fand ich 128 mal Bacillen in der Nase, und zwar immer an der bestimmten Stelle, welche der Schleimhaut und dem knorpeligen Septum entspricht — ich spreche beständig von dem Primäraffect der Lepra. Sie wissen, dass man bisher den Primäraffect der Lepra vergebens gesucht, dass man ihn sogar geleugnet hat. Man hat gesagt: die Lepra ist eine allgemeine Krankheit, eine Blutkrankheit oder irgend was, welche ihre Localisationen an die verschiedenen Stellen des Körpers setzt. Ich glaube und bin überzeugt, dass den Primäraffect der Lepra die Veränderungen in der Nase darstellen, welche bei jedem Leprakranken mit sehr wenigen Ausnahmen gesehen wurden, also bei 153 Fällen nur 13 mal nicht; diese Veränderungen, die zum Theil als mässige Schwellung, zum Theil als flaches Geschwür, zum Theil als ausgedehnte Verschwärung bis zur Perforation des Septums, und zwar bei 153 Leprakranken, ich glaube 50 mal auftraten, kurz, die alle Formen der Entzündung und Zerstörung annehmen können. Ich habe hauptsächlich 5 Gründe dafür. Erstens, dass diese Affection überhaupt die einzig constante Affection bei der Lepra mir zu sein scheint. Ob ein Mensch Nerven-Lepra oder Knoten-Lepra, ob er Lepra mixta oder sonst was hat, er kann seine Knoten an den verschiedensten Stellen seines Leibes, am Nerven, in irgend einer Provinz des Nervensystems haben, immer findet man, wie gesagt mit 13 Ausnahmen auf 153 Fälle, diese Veränderungen in der Nase.

Zweitens, was mich weiterhin stutzig machte bei der Untersuchung meiner Kranken war, dass, während man bisher von Knoten in der Nase bei Leprösen sprach, ich Knoten nur zweimal bei 153 Kranken in der Nase gesehen habe. Ich fand immer ein Geschwür, keine Knoten. Wir haben da also eine Veränderung in der Nase, die an sich einen durchaus anderen Charakter hat, als die gewöhnlichen Manifestationen der Lepra auf der Haut und im Nervensystem. Diese specifische Beschaffenheit, wenn ich so sagen soll, des Nasenaffects machte mich auch stutzig und veranlasste mich, mir die Sache genauer zu überlegen.

Dazu kam drittens, dass die klinischen Symptome der Lepra auch vor dem Ausbruch der Lepra auf der Haut und im Nervensystem in der Nase begannen.

Ich habe eine ganze Reihe von grösseren klinischen Arbeiten über die Lepra nachgelesen, und ich brauche Sie nur an die jüngste Arbeit von Herrn v. Bergmann zu erinnern, in der auch ausdrücklich betont wird, dass allen Erscheinungen der Lepra auf der Haut und im Nervensystem gewisse Erscheinungen in der Nase vorangingen. Das ist Verstopfung der Nase, das sind Nasenblutungen, an die der Patient bisher nie gewöhnt war, das sind Ulcerationen und Einsenkungen der Nase, die frühzeitig, nicht als ein spätes Symptom der Lepra, auftreten können, und ich bin fest überzeugt, wenn man mehr darauf achtet,

wird man finden, dass sie immer auftreten. Wenigstens in den beginnenden Fällen, welche ich gesehen habe, war dieses Symptom immer eher schon ausgeprägt, als alle übrigen Aeusserungen der Lepra.

Viertens fand ich, dass wenn Recidive von Lepra ausbrachen — ich habe Gelegenheit gehabt, das fünf- oder sechsmal in Bombay zu sehen, also dass Patienten eine neue Aussaat von Knoten über die Haut bekamen oder von neuem über heftige Schmerzen, Neuralgien, als Vorboten weiterer Ausbreitung der Lepra im Kranken klagten — bei diesen Patienten zu gleicher Zeit Nasenblutungen, ein Gefühl der Hitze, eine starke Congestion der Nasenschleimhaut eintraten, und in 2 Fällen fand ich damals auch zahlreichere Bacillen, als vielleicht überhaupt in irgendwelchen Fällen in der Nase. Das mag nun Zufall sein, denn ich habe auch sonst, wie Sie aus der Tafel, die ich herumgebe, sehen werden, Unmassen von Bacillen in der Nase gefunden, die alles das, was man sonst sieht, vielleicht die anatomischen Zeichnungen da ausgenommen (Demonstration), übertrafen.

Was nun vielleicht der wichtigste Befund war, der allerdings bisher einzeln in meinen Untersuchungen dasteht, ist, dass ein 5 jähriges Mädchen, welches aus lepröser Familie stammte, dessen Mutter und Vater im Lepra-Asylum Matunga in Bombay durchaus keine Manifestation von Lepra zeigten, als ich es untersuchte, auf der rechten Seite der Nasenscheidewand fast genau das gleiche Geschwür aufwies, welches bei dem Patienten des Herrn Geheimrath Weber besteht, mit zahlreichen Bacillen. Ich habe mehrere Kinder der Angehörigen aus dem Lepra-Asyl untersucht und habe das nicht gefunden. Ich glaube — und ich meine, Sie dürfen mir beistimmen — dass wir es in diesem Falle eben mit dem gesuchten Incubationsstadium der Lepra zu thun haben, bei welchem eben erst die Lepra in der Nase wuchert, um später sich deutlich an anderen Körperstellen zu manifestiren.

Sie werden sagen: die fünf oder sechs Punkte, die ich da angeführt habe, sind wohl Gründe, die einen bewegen könnten, den Primäraffect in der Nase zu suchen oder die Veränderungen, die fast regelmässig in der Nase sind, als Primäraffect anzunehmen; aber ein eigentlicher Beweis liegt nicht darin. Ich hätte gern einen stärkeren Beweis erbracht, ich hätte Ihnen gern das Gelingen eines Experiments gezeigt, thatsächlich die Lepra von der Nase aus zu erzeugen. Ich habe Versuche bei 6 Affen in Bombay gemacht, habe Secret, welches zahlreiche Bacillen enthielt, aus der Nase, aus dem Sputum u. s. w. in die Nase der Affen an bestimmten Stellen eingerieben, nach 4 und 5 Wochen die Affen getödtet, habe inzwischen öfter Schleim aus der Nase entnommen, auf Bacillen untersucht — leider mit negativem Erfolg. Ich gebe die Hoffnung nicht auf, dass dies Experiment gelingen wird, einfach aus dem Grunde, weil Sie ja sehen, dass bei meinem Experiment die Zeit viel zu kurz war und weil ich sagen muss, dass die Impfung, diese Einreibung der Bacillen, nur zweimal, höchstens dreimal, durchgeführt worden ist. Wir standen eben vor der Abreise und ich hatte keine Zeit mehr, konnte auch nicht, auf Widerrathen unseres Führers, die Affen mitnehmen, denn er fürchtete doch Gefahren für das Schiffspersonal u. s. w. Kurz, ich muss sehen, wo ich die Versuche weiter ausführe.

Herr Stabsarzt Dieudonné hat bei mir auch Culturversuche der Lepra gemacht. Auch die haben bisher nicht zu positiven Resultaten geführt. Es gelang uns zwar, aus dem Sputum, aus dem Nasenschleim ganze Brocken von Bacillen nach der bekannten Methode, wie man die Tuberkelbacillen aus dem Sputum gewinnt, durch häufige äusserliche Waschungen u. s. w. zu isoliren, dieselben auf verschiedene Nährböden zu bringen und auch einmal einen kleinen Brocken, der vielleicht den Umfang einer eben sichtbaren Nadelspitze hatte, zu Hanfkorngrösse heranwachsen zu sehen. Ich gehe nicht weiter darauf ein, die Versuche sind nicht ganz abgeschlossen, ich fürchte, sie führen uns bei unserem bisher gebrauchten Nährböden nicht zum Ziel.

Aber es scheint mir wenigstens dies eine Gelingen — und zwar erwies sich dieser Brocken vollständig aus Leprabacillen bestehend — zu genügen, um mich zu weiteren Versuchen darüber aufzumuntern.

Ich will übrigens nicht verschweigen, dass ich inzwischen von den Herren Jeanselme und Laurens in der Semaine médicale einen Aufsatz gefunden habe, welcher sicherlich ganz unabhängig von meinen Arbeiten entstanden ist und der genau zu denselben Resultaten kommt. Ganz scheinen die Herren Verfasser die Tragweite dieses Befundes nicht erfasst zu haben. Sie haben drei Nummern später über einen Fall von Morvan'schem Typus berichtet und haben aus klinischen Daten geschlossen, dass diese Krankheitsfälle wohl der Lepra zuzurechnen sind. Ich wundere mich, dass die Herren nicht gleich von ihrer Entdeckung Gebrauch gemacht und die Nase des betreffenden Patienten untersucht haben. Meiner Meinung nach hätten sie die anatomischen Veränderungen, vielleicht auch noch bacteriologische Befunde in der Nase erhoben, welche ihre Wahrscheinlichkeitsdiagnose zu einer sicheren gestempelt hätte. Ich vermuthe das einfach aus der Thatsache, dass ich zahlreiche Fälle von Lepra, welche durchaus nur einen Morvan'schen Typus zeigten, untersucht und bei denen den anatomischen Befund bis zur Perforation des Septums und auch den Bacillenbefund noch in späten Stadien erhoben habe. Der Bacillenbefund in der Nase kann bei allen diesen Patienten noch in den allerletzten Stadien erhoben werden, solange überhaupt der Leprafall sich nicht als ein klinisch abgeheilter darstellt, und ich glaube, dass ein Leprafall so lange nicht als geheilt zu betrachten ist, solange wir das Secret in der Nase mit Bacillen behaftet finden. Für die Therapie und überhaupt für die Prophylaxis hat diese Thatsache eine Bedeutung. Man wird Leprakranke nicht so sehr wesentlich von der Haut aus behandeln oder vom Nervensystem als zunächst von dem Ort aus, von welchem die Bacillen in den Körper eindringen, an welchem sich ein lebenfähiges Nest der Bacillen erhält, welches wieder in verschiedenen Perioden in der Krankheit neue Manifestationen nach allen Seiten ansetzen kann.

Ich möchte nicht zu sehr hoffnungsfroh auf diese Art von angedeuteter Therapie blicken. Ich weiss, dass man die Primäraffecte bei der Syphilis ohne Erfolg excidirt hat, fürchte deshalb, dass es bei der Lepra unter Umständen gerade so geht, wenn die regionäre Verbreitung der Bacillen schon so weit gediehen ist. Da wir aber wissen, dass Lepra immer wieder die Tendenz zur Heilung hat oder haben kann, so kann ich mir denken, dass, wenn man den Primäraffect exci-

dirt, man wenigstens Nachschübe der Krankheit unter Umständen zu vorhüten im Stande ist.

Herr **Lassar** (Berlin):

Das Experiment, welches sinnreich angestellt ist, aber, wie zu erwarten war, in diesem Falle noch nicht reussirt hat, findet seine Analogie in einem Experiment, das die Natur uns fast täglich vor Augen führt. Für den grössten Theil der Formen von Hauttuberculose, jedenfalls für die Vorkommnisse von Lupus, bestehen ja ähnliche Verhältnisse. Wo fängt ein sogenannter Lupus centralis gewöhnlichster Art an? In der Nase. Warum fängt der Lupus in der Nase an bei unseren armen und elenden Kindern, vorzugsweise die in engen und schlechten Behausungen leben, jedenfalls unmittelbar der Gefahr ausgesetzt, mit anderen Tuberculösen ihrer eigenen Umgebung in Berührung zu kommen — warum anders, als weil diese Kinder mit ihren Fingerchen und Nägeln auf dem Boden umherhantiren, die ganzen Nägel jedenfalls beladen haben mit allem Unrath einschliesslich der dorthin durch die Sputa gelangten Tuberkelbacillen. Und diese Tuberkelbacillen tragen sie jedenfalls mit sich umher, wenn sie, der üblen Gewohnheit der Kinder nachgehend, die Nase mit ihren Nägeln bearbeiten und das erklärt ganz einfach — wenn auch so wenig beweisend wie manche anderen derartigen Argumente — die Häufigkeit des Vorkommens von Initiallupus der Nase. Der zweithäufigste Platz, mit welchem der Lupus und damit die Hauttuberculose beginnen kann, sind die Wangen. Warum werden die Wangen so leicht bei Kindern befallen, und namentlich bei Kindern, welche ein bischen mehr heranwachsen? Nun, weil die Kinder sich sehr häufig mit ihren Nägeln bearbeiten, von denen wenigstens der Verdacht geäussert werden kann, dass sie mit Tuberkelbacillen beladen sind und weil sie sich gegenseitig kratzen und zerfleischen. Ich kann mich aus meiner eigenen Jugend entsinnen, dass man uns streng verbot, uns bei Balgereien zu kratzen, denn vom Kratzen komme der Krebs. Bekanntlich nannte man vor Jahrzehnten alle solche zerfressenen Lupusgesichter oder ähnliche Erkrankungen Krebs. Das war eine Volksanschauung. Jedenfalls ist diese Volksanschaunng, wie so manche allgemein bestehende Ueberzeugung nicht ganz zu verwerfen, und es ist darauf hinzuweisen, dass den Kindern das Kratzen, das Bearbeiten ihrer Nase bei uns in Bezug auf die Tuberculose und in Lepraländern, soweit es möglich ist, in Bezug auf die Lepra strenge zu verbieten sei.

Herr **Arning** (Hamburg):

Die Aetiologie, die uns eben für die Entstehungsursache von der Nase aus gegeben ist, mag gewiss vieles für sich haben. Die Zahlen sind ja schon ganz respectable, auf denen die Idee fusst. Dass die Lepra nicht ausschliesslich ihren Primäraffect in der Nase hat, glaube ich aus einem einzigen Factum eruiren zu können. Wenn wir einen ausgebildeten Leprafall haben, seine Nase untersuchen und nichts finden, dann müssen wir sagen, er hat die Lepra auf andere Weise bekommen. Nach der ersten Mittheilung des Herrn Sticker hat wohl Jeder die ihm zur Verfügung stehenden Leprakranken untersucht. Die

Sache ist ja überhaupt an sich nichts Neues. Ich habe schon im Jahre 1884 in einem Report an die Hawaische Regierung gemeldet, dass anästhetische Fälle vielleicht nicht so ungefährlich wären, wie sie gewöhnlich aufgefasst würden, weil sich bei vielen derselben am Septum der Nasenscheidewand bacillenhaltige Ulcerationen finden. Wenn es aber auf der anderen Seite gelingt, manche ausgebildeten Fälle von Lepra zu finden, die keine Ulceration und keine Bacillen in der Nase haben, so müssen wir natürlich annehmen, dass die auf irgend eine andere Weise inficirt sind. Ich habe bei zwei allerdings tuberösen Fällen, wo wir Alle wissen, dass der Nasenschleim Bacillen enthält, sie auch gefunden. In einem andern Fall von ausgesprochener anästhetischer Lepra, den ich in Behandlung habe, habe ich sofort sehr sorgfältig nachgesehen und habe weder die Läsionen noch freie Bacillen im Nasenschleim gefunden. Ich glaube auch nicht, dass wir bei einer so ausgebreiteten und auf allen möglichen Wegen den Körper attackirenden Krankheit uns auf eine Eingangspforte beschränken müssen. Einen Fall, den ich selbst gesehen habe, habe ich 1890 schon mitgetheilt, wo ein Primäraffect — wie ich es damals nannte — des Armes existirte. Das ist der einzige Fall, den ich bisher gesehen habe. Es war eine Dame, die 5 Monate in Honolulu war. Sie kam aus einer leprafreien Gegend und hatte eine typische Attacke von leprösem Virus — nachgewiesen per Excision; das Präparat ist da — am Arm. Ich habe versucht, über das weitere Schicksal der Dame jetzt Erkundigungen einzuziehen, es ist mir nicht geantwortet worden. Ich will das nicht so deuten, als ob sie leprös geworden wäre, aber möglich wäre es ja immerhin.

Was die weitere Uebertragungsmodalität betrifft, so muss ich auch noch eine Lanze dafür brechen, dass mein Impffall wirklich ein Impffall von Lepra gewesen ist. Es ist immer ued immer wieder auch von Hansen entgegnet worden und zwar auf der Basis von Entdeckungen, die Dr. Swift gemacht hat, dass der Mann schon vorher Lepra gehabt haben mag. Ich wiederhole auf das emphatischste, dass der Mann von mir nicht einmal, sondern wiederholt untersucht worden ist und ich positiv nicht die geringsten Zeichen von Lepra fand. Dass der Mann einen Neffen hatte, der leprös war, macht ihn doch nicht selbst leprös. So weit können wir nicht gehen. Der Mann hatte $1^1/_2$ Jahre nachdem er geimpft war, ausgebildete Lepra. Es steht ferner fest, dass die Lepra von der Impfstelle ausgegangen zu sein scheint. Er hat eine typische Neuritis bekommen. Ich habe den Knoten eingesät über dem Ulnaris und von da aus hat er die Verbreitung seiner Lepra bekommen. Also ich möchte auf diesen Fall als einen künstlich gesetzten Primäraffect der Lepra hinweisen.

Was wir sonst über die Eingangsstellen wissen, ist zu wenig. Es lässt sich nicht leugnen, dass man in den Tropenländern, wo die Leute barfuss gehen, mehr Lepra der unteren Extremitäten findet als in solchen Plätzen, wo sie nicht barfuss gehen. Also ist es möglich, dass auf dem Wege der häufig gesetzten Verletzung der unteren Extremitäten der Eingang dort stattfindet. Wir wissen nichts darüber und wir werden auch nichts darüber wissen, bis wir wissen, ob die Bacillen, die wir finden, an Ort und Stelle lebensfähig sind. Wir wissen

nicht, ob die Bacillen, die mit dem Nasenschleim ausgestossen werden, lebensfähig sind. Ich denke, wir zweifeln nicht daran, die wir hier sind. Sie wissen aber Alle, dass Campana es auf das entschiedenste verneint und sagt, dass die Bacillen, die ausgestossen werden, todt sind. Er geht ja sogar so weit, zu sagen, dass die Bacillen, die in grossen Massen im Gewebe sind, schon abgestorbene Bacillenmassen darstellen. Das wird nicht eher nachzuweisen sein, bevor wir nicht die Cultur und das Thierexperiment haben. Sie Alle, die Sie Lepramaterial zur Verfügung haben, möchte ich bitten, ein einfaches Experiment, das ich gemacht habe und das verschiedenfach mit Erfolg nachprobirt worden ist, nachzuahmen: ein Stück Lepragewebe in einfaches Wasser zu legen. Sie werden dann eine Maceration bekommen, Sie werden macerirte Leprapackete und Globuli und auch Zellen finden und Sie werden nach einiger Zeit — ich mache keinen Anspruch auf Reincultur; es treten alle möglichen Pilzarten auf, die verschwinden alle wieder — Schwärme von jungen Bacillen finden, die sich absolut nach allen unseren Färbungsarten so verhalten wie Leprabacillen. Das Experiment ist sehr einfuch. Versuchen Sie es Alle einmal, und Sie werden mir zugeben, dass, wenn die Sache sich bewährt, wir da doch einen Factor haben, der uns die weite Verbreitung der Lepra auch tellurisch zu erklären vermag.

Herr **Schäffer** (Breslau):

Ich möchte Ihre Aufmerksamkeit auf einen Weg der Ausscheidung der Leprabacillen richten, der mir von einer gewissen Bedeutung zu sein scheint. Ich will auf die Frage: „In welcher Weise die Mikroorganissmen überhaupt den Körper verlassen", nicht näher eingehen und will nur darauf hinweisen, dass die Ausscheidung der Bacillen durch die unversehrte Haut (abgesehen von Ulceration) nur selten vorzukommen scheint.

Zahlreiche Untersuchungen, die wir an der Breslauer Klinik angestellt haben, ergaben, dass die von jeher vielfach betonte Immunität des Epithels gegen die Bacilleninvasion in entsprechenden Präparaten selbst bei reichlichem Bacillengehalt der übrigen Hautschichten fast ausnahmslos vorhanden ist, und dass nur ganz selten vereinzelte Bacillen in der obersten Cutisschicht und zwischen den Epithelien sich befinden. Nur selten findet man in den Wurzelscheiden dieses oder jenes Haares reichliche Bacilleneinlagerungen, meiner Erfahrung nach jedoch so, dass eine directe Communication derselben mit der Körperoberfläche nicht statt hat.

Freilich scheint namentlich nach den Untersuchungen von Weber und Klingmüller an dem gestern demonstrirten Fall hiervon eine Ausnahme vorzukommen, indessen ist auch nach den Angaben in der übrigen Literatur dieser Weg der Bacillenausscheidung durch die unversehrte Haut ein ausserordentlich seltener.

Ich habe nun, angeregt durch die Untersuchungen von Herrn Geheimrath Flügge über: Infection durch Luftkeime in Tröpfchenform (Hygienische Section der Schlesischen Gesellschaft für vaterländische Kultur. Juli 1897. Referat in Allgemeine Medicinische Centralzeitung No. 66), entsprechende Untersuchungen bei Lepra angestellt und die

Frage studirt, ob und in welcher Ausdehnung die Bacillen von Mund- und Nasenschleimhaut aus in die Umgebung der Kranken gelangen, wie dies bereits für die Tuberkelbacillen durch die Untersuchungen im Breslauer Hygienischen Institut erwiesen worden ist. Ich habe von vornherein die Anschauung gehabt, dass die Verschleppung der Krankheitskeime gerade bei leprösen Schleimhautaffectionen — die ja so häufig auch in frühen Stadien der Erkrankung in ausgedehntem Maasse aufzutreten pflegen — viel reichlicher als bei anderen Erkrankungen, insbesondere als bei der Tuberculose sich würde nachweisen lassen.

Einmal ist zu berücksichtigen, dass die leprösen Infiltrate und auch hier wieder ganz besonders diejenigen der Schleimhaut, enorme Bacillenmengen beherbergen, wie sie kaum bei einer anderen Infectionskrankheit nachweisbar sind, und dass diese auch bei geringem Grade der Ulceration sich in ungeheuren Massen an der Schleimhautoberfläche finden. Ferner ist zu berücksichtigen, dass auch aus mechanischen Gründen das Auswerfen der Mikroorganismen mit den Schleimpartikelchen ein besonders reichliches sein muss, weil ja die Verhältnisse bei der Sprachbildung völlig anders liegen, als beim Gesunden. Hier ist der Mechanismus der Sprachbildung wegen der unförmigen Verdickung und Anschwellung der entsprechenden Organe: Lippen, Gaumen, Stimmbänder etc. (an denen die specifischen Erkrankungen ihren Lieblingsstitz haben — Vox rauca der Leprösen) im Gegensatz zum normalen kein zarter, sondern ein grober und plumper, so dass gerade hierdurch das Ausschleudern von Schleimpartikelchen naturgemäss ausserordentlich begünstigt werden muss[1]).

In der That haben die Untersuchungen an zwei Leprösen unserer Klinik, bei welchen die Schleimhäute zwar nicht sehr hochgradig, aber doch deutlich befallen waren, sehr überraschende Resultate gezeitigt. Ich will die zahlreichen Experimente, die in den letzten Wochen in mannigfachster Weise angestellt wurden und noch mancherlei Variation zulassen, nicht im Einzelnen anführen und nur kurz über die wichtigsten berichten.

Die Versuchsanordnung gestaltete sich sehr einfach. Der Lepröse musste mit gewöhnlicher Stimme 10 Minuten hintereinander sprechen (Vorlesen aus der Zeitung etc.), während in seiner Umgebung entweder auf Tischchen oder auf dem Erdboden zahlreiche Objectträger dicht nebeneinander gelegt wurden; nach dem Eintrocknen wurden dieselben in gewöhnlicher Weise auf Leprabacillen untersucht (Ziehl-Neelsen).

Es liess sich nun in einwandfreier Weise nachweisen, dass beim Husten, Niesen und insbesondere auch bei gewöhnlichem Sprechen die Bacillen zu Tausenden ausgeworfen wurden, nicht bloss in die unmittelbare Umgebung des Patienten, sondern auch $1\frac{1}{2}$ Meter und mehr von demselben entfernt. Beim Sprechen in 10 Minuten fanden sich beispielsweise auf sämmt-

1) Man konnte sich auf den ersten Blick bei den später zu schildernden Versuchen hiervon überzeugen, indem auf den vor den Leprösen aufgelegten Objectträgern beim Sprechen sehr reichlich Schleimpartikelchen sichtbar wurden, während dies bei Personen mit gesunden Schleimhäuten natürlich sehr viel weniger der Fall war.

lichen Objectträgern, welche vor dem Leprösen aufgelegt waren, bis zu einer Entfernung von 1,20 m in den Schleimtröpfchen reichlich gut färbbare, in tinctorieller wie morphologischer Beziehung durchaus charakteristische Bacillen, intra- oder extracellulär gelagert, sowohl vereinzelt, als auch in den bekannten (meist cigarrenbüschelförmigen) Haufen.

Bei einem der Versuche ergab beispielsweise die Zählung der in 10 Minuten beim gewöhnlichen Sprechen geleerten Bacillen gegen 40000, in einem anderen sogar die überraschend grosse Zahl von 185000. Bei anderen Versuchen war die Zahl, namentlich bei dem Leprösen mit weniger starker Schleimhautbetheiligung auch geringer, betrug jedoch stets mehrere Tausende.

Die Grösse der Zahl der ausgeworfenen Bacillen war naturgemäss auch vielfach abhängig von äusseren Verhältnissen, beispielsweise davon, ob die Experimente früh Morgens, vor der Mundspülung (wobei am meisten Bacillen ausgeworfen wurden), nach dem Essen etc. angestellt wurden.

Nach reichlicher Ausspülung des Mundes, insbesondere aber nach Aetzung der erreichbaren Infiltrate mit dem Höllensteinstift war die Menge der ausgeworfenen Mikroorganismen sehr wesentlich geringer, betrug jedoch in 10 Minuten immer noch mehrere Hunderte.

Ebenso wurden beim Niesen der Patienten (beide Fälle zeigten deutlich nachweisbare Erkrankungen der Nasenschleimhaut mit reichlichem Bacillenbefund in dem nicht merklich vermehrten Nasensecret), enorm zahlreiche Leprabacillen ausgeschleudert, und zwar in viel weiterer Entfernung, als dies beim blossen Sprechen der Fall war. Auch beim Husten fanden sich stets massenhaft Bacillen auf den vorgelegten Objectträgern, indessen nicht so ungeheure Mengen wie beim Sprechen und Niesen.

Ich will mich hier auf die Wiedergabe der eben mitgetheilten Thatsachen beschränken und auf die noch unentschiedene Frage, ob die ausgeschiedenen Bacillen sämmtlich oder zum Theil noch lebensfähig sind, nicht eingehen. Jedenfalls geht aus den Versuchen hervor, dass von allen Wegen, auf denen die Leprabacillen den Organismus verlassen, in allererster Reihe der soeben geschilderte in Betracht kommt, dass er unsere Aufmerksamkeit in viel grösserem Maasse verdient als die übrigen Möglichkeiten der Bacillenausscheidung. Er ist bedeutsamer als die übrigen, weil er wohl unter keinen Umständen ganz gesperrt werden kann, weil die Möglichkeit, auf andere Individuen die specifischen Mikroorganismen auch ohne directe Berührung (welche bei der Uebertragung der Bacillen von der Haut selbst von Ulcerationen aus meist nothwendig ist) zu übertragen, besteht, weil die Bacillen — gewissermassen unter den günstigsten Bedingungen —, nämlich in feuchtem Zustande in Schleim eingehüllt, in die Umgebung der Kranken gelangen.

Wir müssen jetzt berücksichtigen, dass bezüglich der Bacillenverschleppung ein ausserordentlicher Unterschied besteht zwischen den Leprafällen mit und ohne Schleimhauterkrankung und dass die geschilderten Thatsachen auch bei hygienischen und sanitären Massregeln, bei der Prophylaxe der Lepra unsere Beachtung verdienen.

Herr **von Petersen** (St. Petersburg):

Ueber die Initialform der Lepra haben wir vor hundert Jahren schon literarische Arbeiten gehabt. Ich erinnere nur an das Handbuch von Lori und an die höchst interessante Publication die gerade vor hundert Jahren von Pfefferkorn erschienen ist. Der war eine Zeit lang Assistent in Drontheim und hat daraufhin in einer 40 Seiten langen kleinen Dissertation ein sehr hübsches Bild gegeben, wo er unter andern auch gerade darauf verweist, dass in einer der ersten Perioden, bevor noch irgend welche Hautaffectionen auftreten, schon Schleimhautaffectionen vorhanden sind. Auch Lori, der s. Zt. ein so ausgezeichnetes Handbuch geschrieben hat, dass man es heutzutage noch gern lesen kann, weist darauf hin, dass gerade Prodromalerscheinungen von Seiten der Nase zu suchen seien.

Ueber die Frage wie und wo Lepra anfängt, wissen wir natürlich noch wenig, denn wir sind ja eben erst mit der Frage der Contagiosität der Lepra fertig geworden. Diese jahrelange Debatte darüber, ist die Lepra bacillär, ist sie nicht bacillär, hat uns eben von allen anderen Fragen zurückgehalten. Jetzt sind wir endlich so weit, dass es wohl unsere nächste Pflicht ist, gerade die praktische Frage genau zu bearbeiten: wie fängt die Lepra an.

Wie ich schon gestern erwähnte, ist in Russland die Verfügung getroffen, dass jeder einzelne Fall von Lepra durch Meldekarten dem Medicinaldepartement anzumelden ist. Diese Meldekarten habe ich selbst zusammenzustellen Gelegenheit gehabt und habe mit einer gewissen Absicht unter andern die Frage hineingebracht: wie fängt die Lepra an, an welcher Stelle und in welcher Form? Ein Material, das von weit über hundert Aerzten zusammengestellt ist, ist natürlich sehr buntscheckig, aber die grosse Zahl von 1200 Meldekarten, die wir bereit haben, die so zur Besichtigung und kritischen Bearbeitung gelangen, giebt immerhin schon ganz interessante Daten, obgleich die Sache ja sehr neu ist. Wir werden sie jahrelang fortsetzen und hoffen, auf diese Weise zu gewissen Resultaten zu gelangen. Von diesen 1200 Meldekarten, die ich gemeinsam mit dem Collegen Dr. Grebennikow, dem Leiter der statistischen Abtheilung des Medicinaldepartements untersucht habe, enthält etwa die Hälfte verwerthbare Antworten. Aus diesen ergab sich, dass bei der Lepra nodosa in 55 pCt. der Fälle die Erscheinungen im Gesicht sich zeigten, bei der Lepra maculosa nur in 8 pCt., im übrigen auf den Extremitäten. Nun sagte ich mir, dass wenn ein Kranker vor zehn oder fünfzehn Jahren erkrankt ist, er die Anfangsstelle nicht mehr so genau behalten haben kann. Wir wissen ja, wie es mit den Anamnesen geht, wie leicht wir selbst etwas vergessen und wie leicht die Kranken etwas vergessen. Ich habe also die Kranken in Gruppen getheilt, erst die allgemeine Zahl genommen, dann diejenigen Fälle ausgeschieden, die nicht länger als 2—3 Jahre erkrankt sind, und dann die dritte Kategorie, die bis zu zwei Jahre zurück Erscheinungen von Lepra gezeigt haben, also ganz frische Fälle, und da zeigt sich, dass diese Zahlen progressiv steigen. Also die Affection des Gesichts war bei der Lepra nodosa das erste Symgtom in 55 pCt. der Fälle, bei den seit 2—3 Jahren Erkrankten aber in

64 pCt. und bei denen, die seit weniger als zwei Jahren erkrankt waren in 68 pCt. Bei der Lepra maculo-nervosa oder maculo-anaesthetica hingegen sind in 92 pCt. die ersten Erscheinungen auf den Extremitäten. Ich vermag mir das nicht zu erklären, aber das ist immerhin eine Thatsache, die mir doch recht interessant scheint und ich bitte die Collegen, gerade nach dieser Richtung hin weiter zu beobachten. Vielleicht kommen wir da zu Schlüssen.

Auch über das sogenannte Erythema leprosum, die rothen Flecke, habe ich Daten. Das sind Arbeiten, die schon s. Zt. von verschiedenen anderen Collegen gemacht worden sind. Ich komme da wieder auf Lori und Pfefferkorn, die auch schon sagen: meist fängt die Krankheit mit Flecken an, aber in einem Theile der Fälle sind die ersten Erscheinungen Flecken, in anderen Fällen direct Knoten. Nun fragt es sich, ob das nicht vielleicht Primäraffecte, Initialerscheinungen, Invasionspforten der Bacillen sind. Ich glaube, in der grössten Mehrzahl der Fälle sind, sowohl die Flecken wie auch die Knoten, schon die Anzeichen einer allgemeinen Infection, wobei ich durchaus nicht ausschliessen will, dass in einzelnen Fällen, namentlich wenn die Flecken asymmetrisch gelegen sind, möglicherweise auch, namentlich wenn es ein einzelner Fleck ist — College von Bergmann nennt das eine Einzeleruption — dies die Invasionspforte sein kann. Aber darüber wissen wir zu wenig, um das zu entscheiden.

Wo liegt nun die Invasionspforte? Die Frage hat mich selbstverständlich seit langem interessirt, aber ich habe mir darüber keine richtige Rechenschaft geben können, bis im Frühling dieses Jahres ein Mann zu mir kam, der sich darüber beklagte, er würde von einem anderen Collegen an Syphilis behandelt.

Un Roumanien, musicien, montrait une forme initiale très remarquable. Il avait le visage rouge; depuis $1/2$ année. Des petits noeuds sur le front et sur les avantbras. Il racontait, qu'il y a 2 ans, il avait un rhume de cerveau de la partie gauche du nez, dont il n'était pas libre, il sentait toujours quelque chose. Un an après, il a eu des saignées plus souvent et la rougeur de la face restait sans changement. C'était sans doute un cas de la forme initiale de la lèpre. Mais à propos du nez, j'ai trouvé une grande ulcération de la partie gauche du septum, dans laquelle j'ai trouvé une quantité énorme de bacilles. La lèpre avait commencé, il me paraît par une lésion de la muqueuse du nez qui finit par produire l'infiltration générale. Il est bien vraisemblable que dans une quantité de fois nous trouvons le premier foyer dans le nez. Un de mes amis m'a apporté le travail du Dr. Sticker imprimé dans la „Münchener Medicinische Wochenschrift". C'est justement la même chose que j'ai trouvée. J'ai regardé les cartes statistiques du Département médical et dans 12 cas j'ai reçu une description tout-à-fait nette du commencement de la lèpre par le nez. Mais il ne faut pas oublier, que dans la plupart des cas les muqueuses du nez n'avaient pas exploré à cause de bacilles. Professor Munch, il y a quelques été années déjà, m'a dit son opinion, que dans un certain nombre de cas de lèpre, elle commence par le nez.

Mr. **Abraham** (London):

I desire to say one word in reference to the question of the mode of entrance of the bacillus of Lepra into the human system. It seems to me that writers on the etiology of leprosy have two often tried to seek only one way by which the infection is effected. As I observed in a paper on the etiology of leprosy, published in 1889, there is no reason to suppose that this bacillus may not gain entrance into the body on several channels. We are justified in the present state of knowledge, in considering this question by the analogy of tubercle, we know experimentably and chimically, that the tubercle bacillus may be introduced by the aerial passage, by the alimentary canal and through the skin. To my mind it is probable, that the bacillus of leprosy, or the of present unrecognised earlier state of that bacillus, — to which Dr. Hermann's observations point — may enter the human system in as many ways as that of tubercle. There are many cases on record in which the earliest symptoms of the disease have their connection with the skin, others in which the first symptoms have been in connection with the nasal and laryngeal nervous membranes, and those again in which a general constitutional distinction has been the first thing noticed.

Herr **Neisser** (Breslau):

(Siehe Anhang.)

Herr **Hallopeau** (Paris):

Il est frappant que, depuis le commencement du siècle, aucun cas de transmission de la lèpre ne se soit produit à l'hôpital St. Louis, bien qu'il y ait eu constamment des sujets atteints de cette maladie en rapport avec les autres malades, vivant avec eux, couchant dans les mêmes salles, partageant les mêmes occupations, faisant usage aux mêmes instruments pour leur nourriture et souvent aussi pour leur toilette. Si l'on considérait ces faits isolément on pourrait être tenté de soutenir la théorie de contagiosité; mais on devrait l'être également pour la tuberculose et pour la syphilis car un médecin peut poursuivre toute sa carrière hospitalière sans voir ces maladies se transmettre une seule fois dans son service.

On ne peut contester que ces faits n'aient une valeur négative; ils montrent en effet en toute évidence, que le bacille de la lèpre ne se transmet pas par l'air atmosphérique et que par conséquent malgré son abondance constatée par Mr. Jeanselme et Mr. Sticker dans les produits de sécrétion des voies respiratoires et la grande fréquence des altérations de la pituitaire, ce n'est pas dans ces organes qu'il faut chercher la porte d'entrée de la maladie. Nous avons le regret d'être à cet égard en contradiction avec nos très honorés confrères Sticker et Petersen, car si l'invasion par la pituitaire était habituelle ou même possible par les poussières atmosphériques, on ne comprendrait pas comment nos malades, vivant pendant des années dans un milieu chargé de ces poussières infectées, resteraient indemnes. Il faut chercher ailleurs.

Comment se fait-il que les personnes vivant avec nos lépreux de St. Louis soient épargnées, alors que les cas de transmission dans les léproseries des pays à lèpre paraissent si fréquents? On peut envisager pour les cas de transmission familiales les contacts prolongés, la promiscuité, mais ce mode de propagation n'est pas admissible pour les religieuses dont plusieurs ont été, à notre connaissance, contaminés.

Peut-être faut-il admettre la transmission par le linge? Ainsi que nous l'avons indiqué dans notre communication sur les lépreux à Paris, le linge de nos malades de St. Louis est suffisamment désinfecté par le lessivage, il n'en est pas de même dans tous les pays à lèpre, au moins dans certains d'entre eux.

C'est ainsi qu'à Haïti le linge de plusieurs familles est lavé ensemble dans la rivière, puis séché au soleil, on conçoit que dans ces conditions le bacille de la lèpre puisse se transmettre de l'un à l'autre, et que ce linge ainsi contaminé devienne pour un sujet, dont la peau présente quelque érosion, une cause d'infection.

Nous avons également considéré comme l'un des agents possibles de la transmission, dans les pays chauds, les moustiques, et dans les pays froids d'autres insectes; pour ce qui est des moustiques les médecins de l'Inde admettent qu'ils jouent un rôle prépondérant dans le transport des embryons de la filaire de médine et plusieurs épidémiologistes d'une grande autorité leur attribuent également une part dans la transmission des hématozoaires du paludisme.

Enfin, il est possible, que dans les pays à lèpre, l'accumulation d'un grand nombre de malades, atteints de formes graves et ulcéreuses de cette maladie, n'augmente la virulence de son bacille et crée aussi des foyers d'infection.

Herr **Doutrelepont** (Bonn):

Ich stehe auf dem Standpunkt; dass die Nase wohl der Ort ist, wo sehr leicht die Leprabacillen sich entwickeln können, gerade so wie ich auf demselben Standpunkt stehe beim Lupus, wo ich wie Neisser glaube, dass von der Schleimhaut aus meistens der Lupus der äusseren Haut entsteht. Aber den von Herrn Sticker erwähnten Fall, der gestern vorgestellt ist, habe ich fünf Monate lang beobachtet, und der hatte damals in der Nase nichts. Er hatte damals rein tuberöse Formen am Hals und an der Stirn; hingegen war die Nasenschleimhaut vollkommen rein. Man kann also nicht sagen, dass in diesem Falle die Ansteckung von der Nase ausgegangen ist. Wenn jetzt noch etwas da ist, so ist es gerade nicht wunderbar. Aber weil wir uns jetzt mit der Frage beschäftigen, wie man prophylactisch gegen die Lepra vorgehen soll, möchte ich diesen Fall als einen solchen hervorheben, der uns möglicherweise einen Herd von Lepra schaffen wird. Herr Weber sagte ja gestern, der Mann fühlt sich jetzt so wohl, dass er nächstens heirathen wird, und das ist ein bischen gefährlich, obwohl es ein ganz hübsches Experiment wäre, wenn man ihn mit seiner Frau irgendwo einsperren könnte. Ich glaube aber nicht, dass der Staat gesetzlich etwas dazu thun kann. Also gerade dieser Fall wird vielleicht für die Aetiologie der weiteren Ansteckung noch nützen.

Herr **Jeanselme** (Paris):

Avec monsieur Laurens j'ai fait, dans une trentaine de cas, la recherche du bacille de la lèpre dans les voies nasales. Je me permets de donner ici un résumé de nos travaux.

Ils ont été déjà publiés dans les Bulletins de la Société médicale des Hôpitaux de Paris (Séance du 23 juillet 1897).

Herr **Grünfeld** (Rostow a. Don):

Seit ein paar Jahren beschäftige ich mich mit der Lepra am Don, welche schon von Professor Münch im Jahre 1883 untersucht worden ist, und ich habe für meine Untersuchungen Copien derselben Daten bekommen, welche Herr Professor von Petersen in seinen Händen hat. Alle diese Karten, die gesammelt worden sind, entsprechen absolut nicht der Wirklichkeit. Es sind im ganzen zwei Aerzte, welche in diesem District die Daten zusammenstellen und die für 200 000 Einwohner medicinische Hilfe zu leisten haben. Einer dieser Aerzte hat officiell die Meldung gemacht, dass in seinem District kein Leprafall vorhanden ist. Sehr kurze Zeit später haben sich in demselben District 50 Fälle herausgestellt. Die Leute geben auch jedesmal bei jeder Untersuchung ganz andere Daten. Heute sagt ein Mann, dass er zuerst Flecken auf dem Arm bekommen habe, und morgen sagt derselbe Mann, es wären Flecken auf dem Bein gewesen, so dass ich glaube, dass man nach den statistischen Daten, welche aus officiellen Quellen stammen, überhaupt keinen Schluss auf den Beginn der Lepra ziehen kann.

Herr **Kaposi** (Wien):

An positiven Thatsachen mit Rücksicht auf den Nachweis einer Eingangspforte für den mit Recht supponirten Krankheitskeim ist ein grosser Mangel. Ein Fall, wie ihn College Arning dargestellt hat, scheint ein Unicum zu sein. Wir alle, die wir Lepra gesehen haben, gleichgiltig ob in Lepragegenden oder bei Kranken, die in der ganzen Welt damit herumreisen, finden die Krankheit in einem Stadium, in dem es unmöglich ist zu sagen, was als Eingangspforte zu betrachten ist. Man ist also auf seine eigenen Combinationen angewiesen. Wir haben es aber mit einer Krankheit zu thun, der wir nur ein sogenanntes fixes Contagium zuschreiben können. Da giebt nur eine Infectionsform, die sich in kurzer Zeit geltend macht, Gelegenheit, die Eingangspforte zu erkennen. Bei Syphilis oder bei Rotz und Milzbrand kann es geschehen, dass man auch die Stelle nachweisen kann, wo die Infection stattgefunden hat, aber bei dem Lepramaterial, das man zu sehen bekommt, ist das nicht möglich. Wir können nur Analogie-Schlüsse machen in Bezug auf die Möglichkeit. Wenn man irgend eine Stelle, z. B. auf der Nasenschleimhaut oder auf der Gaumenschleimhaut so afficirt findet, dass man sie als ulcerirt betrachten kann, so hängt alles davon ab, wie wir das logisch verwerthen, aber bewiesen ist damit noch immer nichts, denn diese Bacillen haben immer wieder Veränderungen. Thatsache ist, dass man fast durchweg die Leute mit verschieden localisirten Affecten bekommt, und wenn jemand sagt: da muss es eingetreten sein, so ist das sein eigenes Arbitrium. Insofern

dürfte es bestimmt von Interesse sein, und auch zur Stütze einer allgemeinen Anschauung dienen, wenn man irgend eine Stelle findet, die einem mit grosser Wahrscheinlichkeit als die Eingangspforte imponirt. So war es bei dem Fall, den Herr Arning mitgetheilt hat und so ist es auch bei dem Fall, den ich als zweiten heute besprochen habe, und von dem Sie mir schon gestatten müssen, dass ich ihn als Lepra diagnosticire. Das war ein sehr intelligenter Mensch, der sehr positive Angaben gemacht hat. Er hat bis zu seiner Fahrt im Suezcanal nichts an sich wahrgenommen, hat während dieser Fahrt ein Bläschen bekommen, von dem er annahm, dass vielleicht eine Mücke ihn gestochen haben könnte, und unmittelbar darauf — er ist von da nach Wien gekommen, nachdem er sich in Triest eine Zeit lang aufgehalten hatte — ist dieser Finger geschwollen, spindelförmig geworden, so infiltrirt, wie es die Herren dort gesehen haben, und im Verlaufe von einigen Monaten ist diese halbseitige Infiltration entstanden, vollständige Anästhesie, und er hat im Verlaufe der Zeit an einer entfernten Stelle auf den oberen Augenbrauen diesen grossen Knoten bekommen, der auch anästhetisch ist. Ich möchte also glauben, dass es in diesem Falle wahrscheinlich ist, dass hier die Eintrittspforte war, ein Beleg dafür, dass gewiss wie bei allen fixen Contagien die Haut die häufigste Gelegenheit zum Eintritt geben wird.

Herr **Ehlers** (Kopenhagen):

Messieurs! La lésion initiale de la lèpre varie certainement d'après les latitudes géographiques et sont en rapport avec les conditions de vie.

En Islande les premières manifestations de la lèpre apparaissent au visage et sur les mains. C' est là qu'il faut chercher la lésion initiale de la lèpre, car les premiéres manifestations apparaissent au voisinage de la porte d'entrée, comme dans la syphilis au voisinage du chancre.

Mais j'appelle votre attention sur le travail très important de Monsieur Geill (de Java) publié dans notre compte rendu, dans lequel notre confrère dit avoir rencontré des lésions initiales sur les pieds chez 50 pour cent des ses malades.

Car ses malades marchent nus-pieds.

De même que pour la syphilis il n'y a pas de place, qui ne puisse pas devenir une porte d'entrée pour la lèpre, mais je suis convaincu, que les voies respiratoires sont frappées en première ligne chez nous.

Herr **Babes** (Bukarest):

In Bukarest haben wir eine grosse Anzahl von Leprösen aus den verschiedenen Theilen des Landes zusammengebracht, und namentlich durch die Bestrebungen meines Collegen Kalindero wurden alle diese Kranken auf ihre Ausscheidungen sehr genau untersucht. Schon früher, im Jahre 1883, konnte ich constatiren, dass die Leprabacillen durch die Hautfollikel die Haut verlassen, und ich betonte zugleich damals als Erster, dass die Leprabacillen auch in der Oberfläche der Haut sitzen und sich von hier aus verbreiten. Im Jahre 1889 habe ich dann

verschiedenes Secret darauf hin untersucht und die meisten Schleimhäute als Austrittspforten der Infection erkennen können, um so leichter und um so selbstverständlicher, als der Leprabacillus mit den Epithelien der Schleimhaut in viel innigerer Beziehung steht als mit dem Epithel der äusseren Haut. Dasselbe, was sich also für die Ausscheidung der Bacillen bestätigt gefunden hat, dürfte auch für den Eintritt der Bacillen von irgendwelcher Bedeutung sein. Man kann zwar nicht den Eintritt und den Austritt der Bacillen gänzlich in Parallele stellen, da der Austritt der Bacillen gewöhnlich durch die natürlichen Ausscheidungswege bedeutend erleichtert ist, während dies bei dem Austritt der Bacillen offenbar nicht der Fall ist. Bei dem Eintritt der Bacillen müssen wir offenbar noch etwas annehmen, was diesen entgegengesetzten Strom zustande bringen kann, und hier ist jedenfalls in erster Linie eine chronische Reizung anzunehmen, ebenso eine Festsetzung der Bacillen an gewissen Stellen, wo sie die Gelegenheit wahrnehmen, infolge einer Reizung und infolge anderer schwächender Momente in das Gewebe einzudringen.

Eine wichtige Frage ist es, ob man die erste Manifestation, die erste augenscheinliche Veränderung als die Eintrittspforte der Infection betrachten kann. Hier muss man ebenfalls zwischen Haut und Schleimhaut unterscheiden. Die Schleimhaut ist derart innig mit Bacillen und mit Infectionsproducten infiltrirt, dass die Manifestation an der Schleimhaut sich offenbar früher einstellen wird und früher augenfällig sein wird, als an vielen Stellen der Haut, so dass es ja möglich wäre, bei einem Geschwüre an der Nasenschleimhaut nicht etwa anzunehmen, dass das das erste ist, sondern dass eben die Nasenschleimhaut die Entwickelung des Geschwürs leichter aufkommen liess, als das etwa die Haut thut, und ich will deshalb durchaus nicht sagen, dass die Schleimhaut durchaus nicht Eingangspforte der Bacillen sein kann. Ich meine nur, dass der Befund von Geschwüren der Schleimhaut nicht eindeutig ist.

Eine wichtige Frage in dieser Beziehung ist, ob die Bacillen, welche den Körper verlassen, lebend sind oder nicht. Ich glaube, wir können ganz bestimmt behaupten, dass die Bacillen offenbar auch lebend den Körper verlassen können, und ich gründe diese Behauptung darauf, dass die Globi, die Colonien der Bacillen, offenbar sich nicht aus todten Bacillen vergrössern können. Eben diese für die Lepra so charakteristischen Kolonien sind ein Beweis dessen, dass sich hier ein Lebensprocess vollzieht, und diese Globi können in jedem Stadium ihrer Entwickelung an die Oberfläche kommen, so dass es ganz unzweifelhaft ist, dass auch lebende Bacillen in diesen Globi, in diesen sich fortwährend entwickelnden Kolonien in die Aussenwelt gelangen.

Ich habe auch noch einen anderen Befund erhoben, welchen ich in der Zeitschrift für Hygiene publicirt habe: eine verzweigte Form mit Endkugeln, welche Sporen sein könnten. Hier liegt eine Form vor, welche man namentlich in ausgeschiedenen Bacillen zu sehen bekommt, und es wäre ja möglich, dass dies ein Stadium des Entwickelungscyklus des Bacillus darstellt, welcher eben im Stande ist, als solcher in der Verbreitung längere Zeit lebend zu bleiben und eine Infection zu bedingen.

Die andern Wege der Ausscheidung sind manchmal so bedeutend, dass die Ausscheidung durch die Nase kaum eine grössere Rolle spielen kann, als die noch zu besprechenden. Zunächst ist nach unseren Erfahrungen der Speichel in sehr vielen Fällen ungemein reich an Bacillen. Besonders habe ich die Milchdrüsen daraufhin studirt und gefunden, dass in allen Fällen von Lepra und Tuberculose die Milch Bacillen enthält, und in vielen Fällen ist die Brustwarze, ohne augenfällig verändert zu sein — vielleicht etwas derber, ein wenig rissig — der Art von Lepra infiltrirt, dass das Gewebe eine dichtere Bacillenmasse darstellt, als ich sie irgendwo an der Haut sehen konnte. Hier fanden sich auch sehr häufig wahre Sequesterbildungen in Folge der ungemein starken Entwickelung von Bacillen, die in dieser Gegend liegen.

Einen sehr eigenthümlichen Fall hat seiner Zeit auch Prof. Kalindero publicirt, wo eine Frau, welche ihr Kind gesäugt hatte, eine mehr anästhetische Form, aber auch beginnende Knoten bereits zeigte. Das Kind bekam ein Leprom, rothe Flecke zunächst an den Wangen, und in diesem Falle wurden Bacillen sowohl in der Milch als auch in diesem ganz vereinzelten Leprom des saugenden Kindes gefunden. Dies dürfte dafür sprechen, dass in ganz früher Zeit durch die Milch, durch die Ernährung eine Infection zu Stande kommen kann. Wir haben nachgewiesen, worauf zunächst Herr Neisser aufmerksam gemacht hat, wie die Hoden geartet sind, und wie oft das Sperma, welches zwar nicht intacte Spermatozoën enthält, der Sitz von Bacillen ist. Ebenso konnte ich nachweisen, dass das Vaginalsecret oft ungemein grosse Massen von Bacillen enthält, ohne dass man zugleich Ulcera in diesen Gegenden immer wahrnehmen kann. Es ist oft eine geringe, kaum zu sehende Infiltration, eine Verdickung, Hyperämie, genügend, um die Bacillen durch die Schleimhaut durchgehen zu lassen, und um einen Strom von Bacillen nach aussen zu Stande zu bringen.

Herr **da Silvo Amado** (Lisbon):

Je suis directeur de l'Hôpital St. Lazare de Lisbonne qui a ordinairement environ 30 cas de lépreux. Depuis le 12. siècle la lèpre n'a jamais cessé d'exister en Portugal quoiqu'elle fût très restreinte. Dans notre hôpital j'ai cherché à savoir comment la maladie s'est établie chez les malades. J'ai eu des cas de lèpre où père, fils et filles, ou mère, fils et filles étaient malades. Il n'y a pas de doute sur ce que la transmission se fait par contagion. Je dois vous dire que jamais ne s'est produit un seul cas interne, absolument pas, ni de nos jours où l'on prend plus de soins par les antiseptiques etc., ni avant nos jours; jamais personne n'a attrapé la maladie, ni médecin, ni infirmier, ni infirmière. Il y a eu chez nous un cas curieux. Une famille de lépreux, père et fils, ont été à l'hôpital; dans cette famille on a reçu un enfant trouvé, et après quelques années, cet enfant trouvé a eu la maladie de la lèpre. Peut-être c'ètait une coïncidence, mais une coïncidence très-curieuse. Je ne dis pas que ce soit une évidence, mais c'est très remarquable et presque une démonstration. J'ai eu aussi le cas que deux soeurs ont eu la maladie. Je n'ai pas trouvé le lieu de transmission; la seconde l'avait par contagion. Ce n'est pas

une démonstration tout-à-fait nette et évidente, mais déjà un rapprochement.

J'ai eu des malades qui ont attrapé la lèpre en Afrique, au Brésil, aux Indes, en Chine, mais aussi des malades qui ont attrapé la lèpre au pays. J'ai cherché à savoir quel était le pays de naissance des malades, et j'ai trouvé un fait qui n'est pas nouveau, qui à déjà été présenté par d'autres; c'est qu'en général la ville de naissance des lépreux est aux bords de la mer ou des fleuves. Je serais penché à accepter la théorie que la nourriture de poissons est très importante pour la lèpre; mais j'ai demandé aux malades quel était leur genre d'alimentation, et l'on m'a dit plusieurs fois qu'ils ne prenaient pas de poissons; et c'était dans des villes de l'intérieur, où l'on ne mange pas les poissons aussi souvent que sur les bords de la mer. Cela prouve que ce n'est pas par l'alimentation du poisson que se développe la maladie de la lèpre.

Herr **Hellat** (St. Petersburg):

Es sind zwei Ursachen dafür angeführt worden, dass die Lepra-Bacillen so leicht in die Nase eindringen und dadurch auch die Infection hervorrufen können: erstens, dass sehr viele Bacillen durch die Nasenschleimhaut und durch die Athmung in die Luft gestreut werden und dass sie jedenfalls auch rasch wieder eingeathmet werden können und zweitens, dass die Nase oder die Nasenschleimhaut bei den meisten Leprösen erkrankt ist. Dass die Erkrankungen der Nasenschleimhaut bei Leprösen vorkommen, ist nicht zu bezweifeln, aber ob sie wirklich die Anfangserkrankungen sind, steht noch sehr dahin, denn die klinische Feststellung von Erkrankungen der Nasenschleimhaut würde nicht den sicheren Beweis liefern, dass dies wirklich die Anfangserkrankung sei, und die Menschen wissen in der That nicht anzugeben, wo und wann die Erkrankung zuerst aufgetreten ist. Wenn man viele Lepröse untersucht, besonders auf dem Lande oder im Volke, so findet man, dass in verschiedenen Formen auf den verschiedensten Stellen schon Erkrankungen vorliegen, während die Kranken eigentlich noch keine Ahnung haben, dass sie leprös sind und dass sie irgend welches zufällige Symptom als Initialsymptom ansehen. Wenn man wirklich constatiren wollte, dass die Nase den ersten Ort der Erkrankung vorstellt, so müsste man an Ort und Stelle, wo die Lepra-Herde vorkommen, genaue Untersuchungen im Volke selbst anstellen. Durch statistisches Material, was durch Hunderte von Händen gegangen ist, und wo man nicht sicher ist, inwieweit die Herren fähig waren, Lepra-Diagnosen sicher zu stellen, wird man nicht viel ermitteln können. Wir haben heute gehört, wie die von competenter Seite gestellte Lepra-Diagnose schon angezweifelt wird. Um so mehr ist Ursache vorhanden, zu bezweifeln, dass der Landarzt die genaue Diagnose stellen kann. Dr. Grünfeld hat auch darauf hingewiesen, wie die Lepra-Karten zusammengestellt werden, und meiner Meinung nach verlässt man den naturwissenschaftlichen Weg, wenn man nach solchen Karten versucht, irgend welche Daten zu gewinnen, die für die wirkliche Feststellung der Eingangspforte Bedeutung hätten.

Dass die Bacillen ausgestreut werden, ist freilich Thatsache, aber

dass sie auch eingeathmet werden, ist nicht ebenso sicher und noch weniger sicher ist, dass, wenn sie auch eingeathmet werden, sie wirklich die Erkrankung hervorbringen. Verschiedene Untersuchungen zeigen ja, dass die Bacillen in der Nasenschleimhaut nicht sehr festsitzen können. Nicht nur diejenigen, die mit der Luft eingeathmet werden, werden in kurzer Zeit ausgeschieden, sondern sogar solche Bacillen, die künstlich in die Nase, in den Nasenrachenraum, hineingebracht werden, sind nach Ablauf einer Stunde bei normalen Menschen nicht mehr nachzuweisen, und diejenigen, welche erkranken, müssen wir ja als normal ansehen. Warum sollten wir gerade annehmen, dass die Lepra-Bacillen so sehr resistenzfähig gegen die Mittel sind, die der Nasenschleimhaut zur Verfügung stehen, um sich der Bacillen zu entledigen, dass die dort so fest sitzen bleiben, während die andern so leicht ausgeschieden werden, zumal es sich hier nicht um ein chemisches Agens handelt, sondern höchst wahrscheinlich um eine mechanische Bewegung, wodurch die Bacillen hinausbefördert werden.

Also man sollte nicht einseitig werden, sondern eher noch genauer untersuchen, ob nicht vielmehr die Haut die Eingangspforte bildet, zumal doch viele Fälle vorliegen, die darauf hinweisen. Zum Beispiel liegen in Riga Fälle vor, wo die Lepra durch Stiefel übertragen ist, und ähnliche Fälle mehr.

Herr **Sachs** (Beirut):

Nous ne savons pas, par quelles voies se fait la contagion de la lèpre. La lèpre est-elle vraiment contagieuse ou non? Si un seul des honorables membres de cette assemblée serait à même de me citer un seul cas de lèpre produit par contagion, alors je dirais: oui; ce fait est incontestable. Mais jusqu'à présent je n'ai pas entendu un seul dire: j'ai observé un cas. où la lèpre a été transmise par un contact, par une contagion directe. Si nous admettions que les bacilles se transmettent par les voies nasales à un autre individu, je demanderais, pourquoi d'un couple qui vit ensemble pendant 20 ans, l'un est lépreux, tandisque l'autre reste indemne pendant toute sa vie. Il y a peut-être une immunité naturelle contre la lèpre. Il faut toujours apporter les plus grands soupçons à ce que disent les malades. Si un malade se présente chez un médecin et lui dit: je ne sais où j'ai attrapé cette maladie — il faut toujours en chercher l'origine et vous arriverez j'en suis sûr à la découvrir. Je suis pleinement convaincu que vous la trouverez toujours dans la famille. J'ai exposé en bas 3 photographies, dont une représente cousin et cousine, tous les deux lépreux. De même, monsieur le docteur De Brun, Médecin sanitaire de Beyrouth, a publié un cas en 1895. Prié par Zambaco Pacha de m'intéresser pour ce cas j'ai eu la chance de le dénicher et je l'ai examiné consciencieusement et j'ai constaté que c'était une fille lépreuse née d'un père lépreux. Le progrès de la maladie a amené le docteur De Brun à déclarer: qu'en effet, il s'agit d'un cas de lèpre et non de l'Aïnhum.

Le docteur von Düring a aussi présenté, en 1892 ou 1893, un cas de contagion directe d'un enfant, petite fillette, qui a vécu parmi des

israélites lépreux près de Constantinople mais je crois qu'aussi dans ce cas il y a eu erreur.

Herr **Kortüm** (Schwerin):

Ich gehe von der Ueberzeugung aus, dass die Verbreitung der Lepra in derselben Weise erfolgt, wie bei anderen Infectionskrankheiten. Der Träger des Giftes ist ein ebenso fixer, wie der der anderen Krankheiten, und um das Thor zu finden, wodurch diese Krankheitserreger eindringen, ist es viel einfacher, den Transporteur zu ermitteln, der dieses Thor benutzt. Ich glaube — worauf Herr Lassar hingewiesen hat —, dass man auf die Hände, die den gesunden Körper an jeder Stelle erreichen, nicht genug Gewicht legen kann bei der Infection von allerlei Krankheiten. Besonders dürfte auch daran zu denken sein, dass mittels der Hand Infectionsstoffe in den Verdauungstractus hineingebracht werden. Die Hände, die noch dazu bei vielen Menschen schon durch etwas Schweiss angefeuchtet sind, stellen ja natürliche Objectträger dar, ebenso wie mit Glycerin befeuchtete Glasplatten. Die Hände besonders der minderbesitzenden und ärmeren Leute pflegen ja nicht sehr reinlich behandelt zu werden. Der arme Mann, der in die Nähe eines Kranken, also auch eines Leprakranken, gekommen ist, wird sich nicht die Hände waschen, ehe er Nahrung zu sich nimmt. Es findet also dort ein ganz ähnlicher Vorgang statt, wie bei den zur Desinfection von Wohnräumen vorgenommenen Abreibungen der Wände mit Brod, nur mit dem Unterschiede, dass in dem einen Falle das Brod verbrannt, in dem anderen aufgegessen wird. Ich glaube, dass wir auf diesem Wege eine sehr häufige Infectionsgelegenheit bei allen Krankheiten finden können, und so wahrscheinlich auch bei der Lepra. Und auch dafür würde sich eine Erklärung bieten, dass mitunter von einem Primärgeschwür nicht gesprochen werden kann, sondern dass sich verschiedene primäre Ausgangsstellen finden lassen, da man eben in der Hand die beständige Gelegenheit hat, Infectionsstoffe dem Körper an allen möglichen Stellen zuzuführen. Ob es nun die Hand ist, oder der Verdauungstractus, oder irgend eine wunde Stelle der Haut an irgendwelchem Körpertheil, ist ja für die Wirkung gleichgiltig. Jedenfalls glaube ich, dass man diese Sache nicht ganz ausser Acht lassen darf.

Herr **von Petersen** (St. Petersburg):

Ich kann nicht zugeben, dass Herr Neisser mein Material nicht anerkennen will. Das sind natürlich keine absoluten Zahlen, und man kann nicht absolute Schlüsse daraus ziehen; aber gewisse Gesichtspunkte lassen sich doch aus einem Material von 1200 Meldekarten gewinnen, wenn sie auch von den verschiedensten Collegen kommen und in der verschiedensten Weise zusammengestellt sind. Natürlich werden manche Fehler vorkommen. Herr Grünfeld hat darauf hingewiesen, dass es Falschmeldungen sind. Es thut mir sehr leid, dass der Herr College mir das nicht früher mitgetheilt hat. Ich denke, es ist Pflicht des Collegen, dass, wenn er Fehler merkt, er es gleich wieder anzeigt. So lange man aber nichts Besseres hat, wird man sich mit diesem Material begnügen müssen.

Herr **Sticker** (Giessen):

Die Rhinologen machen im Allgemeinen den practischen Aerzten, überhaupt den Aerzten den Vorwurf, dass sie die Nase nicht untersuchen können oder nicht zu untersuchen pflegen. Den Dermatologen darf man vielleicht mit einigem Recht diesen Vorwurf machen; denn hätten sie die Nase bei Leprösen untersucht, so würden sie nicht in jedem Lehrbuch schreiben, dass auf der Nasenschleimhaut regelmässig Knoten vorkommen, und dass diese Knoten die Zerstörungen des Nasengerüstes herbeiführen, während es doch keine Knoten in der Nase giebt, oder nur ausnahmsweise. Auch dass mein verehrter Lehrer Professor Doutrelepont — dem ich diesen Vorwurf durchaus nicht machen kann — in der Nase des besprochenen Patienten nichts gefunden hat, beweist mir nichts. Ich habe nämlich schon in meiner Publication behauptet, dass auf der Nasenschleimhaut Bacillen massenhaft da sein können, auch wenn man nichts sieht. Dass in dem in Rede stehenden Falle der Befund überhaupt schwer war, geht mir daraus hervor, dass in der Hallenser Klinik das Ulcus nicht gesehen wurde, obwohl es deutlich ist. Man muss eben darnach suchen, um es zu finden, und ich habe auch wieder von Professor Doutrelepont gelernt, dass man z. B. bei Syphilis den Primäraffect am Glied nur dann findet — und in allen Fällen findet, wenn er da ist —, wenn man darnach sucht, weil er oft so klein und winzig ist.

Dafür, dass der Primäraffect in der Nasenscheidewand ist, habe ich nicht blos die Bacillen, nicht die Veränderung der Nase allein angeführt, sondern eine ganze Reihe von Gründen, die einer den andern stützen und ergänzen. Es hat mich gefreut, dass jetzt durch College Jeanselme die Aufmerksamkeit wieder auf die Nase gelenkt worden ist, und ich bin überzeugt, in der nächsten Zeit wird eine Reihe von Publicationen kommen über die Lepra-Verbreitung durch die Nase, es werden auch Publicationen darüber kommen, dass die Akne rosacea, die Akne varioliformis eine Nasenkrankheit ist. Wir wissen es längst vom Rotz, vom Erythema, dass sie Nasenkrankheiten sind, und in dem Sinne, wie man Rotz eine Nasenkrankheit nennt, oder Syphilis eine Geschlechtskrankeit, möchte ich auch die Lepra eine Nasenkrankheit nennen.

Die Verbreitung der Lepra durch Ausniesen, durch Aushusten, halte ich für wahrscheinlich. Die Menschen wissen seit Jahrhunderten, dass die Lepra sich nur im innigsten Verkehr der Menschen überträgt, besonders im Coïtus. Der Coïtus wird als Hauptgelegenheit für die Verbreitung der Lepra von allen Naturvölkern angenommen, und die Seltenheit der Uebertragung der Lepra muss eben darauf beruhen, dass die Uebertragung doch nicht so leicht statthat. Denken wir uns, dass die Lepra wirklich durch die Nase übertragen wird, dann ist es nicht allzuschwer verständlich, dass das grade beim Coïtus geschieht.

Vielleicht ist manchem die These, dass die Nase der primäre Ort für die Ansteckung der Lepra ist, nicht so wahrscheinlich, weil er nicht genügend untersucht hat. Je mehr die Nase bei Leprösen untersucht wird, desto mehr wird man sich meiner These anschliessen.

Herr **Armauer Hansen** (Bergen):

In Bezug auf die Mittheilung über die Nase, welche wir heute gehört haben, schliesse ich mich Herrn Professor Neisser an. Ueber die Wege, wie Lepra ansteckt, wissen wir nichts. Der einzige Weg, dem wir folgen können, um möglicherweise die Primäraffecte zu finden, ist, dass jeder in einem Lepradistrict practicirende Arzt jeden Patienten, der ihm zur Untersuchung kommt, genau untersucht, den ganzen Körper untersucht, und wenn der Patient nach 5 oder 10 Jahren wiederkommt und vielleicht leprös ist, dann feststellt, ob die Lepra von dieser Läsion ausgegangen ist. Wenn wir anders verfahren, können wir speculiren und geistreich sein, aber wir werden nichts finden.

Herr **Petrini de Galatz** (Bukarest):

Moi je dirai que pendant dix années j'ai eu 33 cas de lépreux qui ont été en contact assez direct avec les infirmières et les malades de la salle, et je n'ai jamais observé aucune contamination, ni chez les infirmières ni chez les autres malades. Par conséquent, si le bacille de Hansen est la cause de la maladie de la lèpre, nous ne savons pas encore, par quelles voies il pénètre dans l'organisme. On a attiré notre attention sur le danger de la sécrétion nasale et l'on a dit que la lèpre commence souvent par cette voie; mais au temps où nous n'avons pas encore eu connaissance de ce danger, on n'a pas fait attention à ces sécrétions, et pourtant aucune contamination ne s'est produite.

Monsieur Hutchinson a émis l'idée que ce bacille s'introduit dans l'organisme avec le poisson. Mais on a trouvé des cas nombreux chez des gens qui n'ont jamais mangé de poisson. Tout de même il est possible que le bacille s'introduise dans l'organisme avec certains aliments, puisqu'on voit plusieurs cas de lèpre dans une famille où la nourriture était commune, tandisqu'on ne voit pas de cas de contamination dans l'hôpital, puisque les infirmières ne mangent pas de la nourriture des malades.

Einsendung zu dieser Discussion von Herrn **Willesby C. Bailey:**

I regret that it will not be in my power to attend your interesting Conference being held this week in Berlin. It does not matter so much however as I could not have spoken to the Conference either in the capacity of a medical man or a scientist. All my information has been gained from practical experience for more than 27 years during which time I have moved freely amongst lepers; have superintended asylums for them and have seen much of their sufferings.

The points which I had wished to emphasise at the Conference were as follows:

1. I do not consider leprosy to be infectious or contagious except in the case of inoculation. I have myself freely handled lepers from time to time and our missionaries and native assistants constantly do the same. In all the years I have had to do with lepers I have newer known of one instance of a worker contracting the disease.

2. With regard to heredity, while I think a child born of leprous parents is more likely, under certain conditions, to contract the

disease than an ordinary child, I am at the same time convinced by experience that if the children of leprous parents can be separated from their leprous relatives and all leprous surroundings, they will in most cases never contract the disease. I know of many children thus separated who have grown up, been married, and have had children of their own, and their own, and the disease has never appeared either in them or their off-spring. The Society which I represent has now several Homes for the untainted children of lepers, one of which was specially reported on in the Report of the Leprosy Commission which was sent to India some years ago.

3. I do not think that fish diet plays any part in the propagation of this disease, unless it be rotten fish. The most leprous districts throughout all India are those where no fish is to be procured.

4. I believe the best form of segregation will be found to be that of establishing voluntary Homes or Asylums for outcast and pauper lepers in an ulcerated condition where they will be made to keep themselves clean, and receive good wholesome food.

Herr **V. Babes** (Bukarest):

Projection von Lepra-Präparaten.

Zunächst erlaube ich mir Präparate zu demonstriren, welche die systematische Stellung des Leprabacillus betreffen. Der Bacillus gehört offenbar zu derselben Gruppe wie der Tuberkelpilz. Ich kann Ihnen nun die actinomycetische Form des Tuberkelbacillus demonstriren, welche durch intrameningeale Injection von Tuberkelbacillen in etwa 30 Tagen auftritt. Sie sehen die durch Anilin-Safranin-Jod gefärbten Schnitte mit den in neugebildeten Gefässen liegenden Drüsen, welche absolut dem Charakter des Strahlenpilzes entsprechen.

In einem anderen Präparate von einem Leprageschwür, welches mit Methylenblau gefärbt ist, sieht man eigenthümlich kuglige Schwellung des Bacillus, sowie Kolbenbildung und Verzweigung desselben. Aeltere wohl abgestorbene Bacillen sind blassblau, die meisten metachromatisch dunkelviolett gefärbt.

Um das Verhältniss der Zellen zu den Bacillen zu erläutern, zeige ich Schnitte aus Lymphdrüsen und Milz mit Riesenzellen. Die Bacillen liegen in Zoogloea-Form im Innern von Vacuolen, welche das Protoplasma von Riesenzellen einnehmen, deren zahlreiche Kerne die Mitte der Zelle einnehmen.

Ferner zeige ich eine eigenthümliche schwielige oder warzige Form der Lepra, welche dadurch interessant erscheint, dass hier die lepröse Wucherung nicht nur bis an die untere Epithelgrenze reicht, sondern auch in die Epithellager selbst eindringt. Der Schnitt ist einfach mit Methylenblau gefärbt, wodurch die Bacillenklumpen dunkelviolett gefärbt erscheinen.

Ferner erläutere ich die Nervenlepra, indem ich das Eindringen der Bacillen in die Hautnerven sowie die lepröse Neuritis demonstrire. An den Nerven sieht man neben bindegewebiger Wucherung und Bacillen-

gruppen zahlreiche Bündel neugebildeter oder besser regenerirter Nervenfasern.

Die Bacillen werden ferner im Innern von Nervenzellen der Spinalganglien und der Vorderhörner des Rückenmarks demonstrirt. Man erkennt zugleich die eigenthümlichen Veränderungen der chronischen Elemente des Virus und des Pigments.

Endlich will ich die Veränderungen im Rückenmark, die Veränderung der hinteren Wurzeln und der Goll'schen Stränge im Halsmark, sowie die Entartung der Vorderwurzeln im Lendenmark bei Formen, welche syringomyelitische Erscheinungen aufgewiesen hatten, demonstriren.

Um diese Formen zu beurtheilen, werden Schnitte von Pellagra, von Tabes und von Syringomyelie zur Vergleichung vorgeführt. Ebenso Schnitte von Spinalganglien bei Lepra im Vergleich zu jenen bei Tabes und Pellagra.

Herr **Klingmüller** demonstrirt Leprabacillen in Haut und Sekreten:

Erstes Präparat:

Leprabacillen in der Spermaflüssigkeit. Eine Gruppe von mehreren Bacillen liegt hier anscheinend frei. Spermatozoen sind nicht im Präparat.

Zweites Präparat:

Leprabacillen in einer Hautschuppe, die vom Unterarm vorsichtig abgehoben wurde. Man sieht eine ganze Gruppe von Bacillenhaufen, schätzungsweise mehrere Hunderte.

Drittes Präparat:

Leprabacillen im Drüsenausführungsgang in einem Hautschnitt. Im Epitheltrichter des Follikels lagern massenhaft Bacillenschollen analog dem Befunde in den Hautschuppen.

Viertes Präparat:

Zeichnungen von Leprazellen, die aus Blut und Gewebssaft von infiltrirten Stellen stammen.

Herr **A. Blaschko** demonstrirt Präparate von Lepracarcinom, welche einem von Herrn Pindikowski in Memel exstirpirten Unterlippencancroid entstammen. Die Lepra — und zwar Lepra tuberosa — bestand schon seit mehreren Jahren, während das Cancroid sich erst in den letzten Jahren auf dem leprösen Boden entwickelt hat. Im mikroskopischen Bilde zeigte sich neben den mächtigen epithelialen Zapfen, Leisten und abgeschnürten epithelialen Walzen das lepröse Gewebe in Form strangförmiger aufgereihter Plasmazellen, mit zahlreichen Mastzellen durchsetzt. Die Bacillen haben in nächster Nähe des Carcinoms sehr an Färbbarkeit eingebüsst.

(Schluss gegen $3^3/_4$ Uhr.)

Dritte Sitzung.

Mittwoch, den 13. Oktober, Vormittags 11 Uhr.

Vorsitzender Herr Virchow.

Herr **Lassar** (Berlin):

Messieurs, aujourd'hui, le 13. octobre, nous avons le bonheur de voir ici un homme plus âgé et néanmoins plus frais d'esprit qu'aucun d'entre nous; c'est notre vénérable président qui nacquit il y a aujourd'hui 76 années. Dans votre nom, j'ai l'honneur de lui offrir nos hommages les plus sincères. (Vifs applaudissements répétés.)

Vorsitzender: Meine Herren! Ich hätte sehr gern die Verlegung des einen oder anderen Zweckes dieses Tages herbeigeführt, um die Coïncidenz aufzuheben, denn ich fand es eigentlich etwas unbescheiden, dass ich an diesem Tage gerade unter Ihnen sein sollte. Indess, ich bin nun so alt geworden, dass ich über die kleinen Regungen des Herzens mich etwas hinwegbringe, und nehmen Sie es mir nicht übel, dass ich gerade an diesem Tage hierher komme und Sie gewissermassen mit in die Verlegenheit bringe, Ihre Empfindungen in so ausgezeichneter Weise auszudrücken. Aber ich kann nicht umhin, Ihnen zu sagen, dass es mich tief rührt, dass Sie dieses Tages so gedenken wollen, und ich werde, so lange ich am Leben bleibe, nicht versäumen, recht oft an diese schöne Stunde zurückzudenken.

Mr. **Thibierge** (Paris):

Je propose à l'assemblée d'exprimer à madame Virchow la joie que la Conférence éprouve d'adresser ses félicitations, à l'occasion de l'anniversaire de sa naissance, à notre président illustre et vénéré et, par conséquent, d'envoyer une dépêche de congratulation à madame Virchow. (Vifs applaudissements,)

Herr **Rudolf Virchow:**

Die von Dr. Ashmead (New York) aufgefundenen krankhaften Darstellungen an alt-peruanischen Thonfiguren.

Herr Dr. Ashmead, der auf diesem Gebiete sehr verdienstvolle Forschungen gemacht hat, hat über diesen Gegenstand ein Manuscript eingesandt, das ziemlich umfangreich ist und das ich hier nicht verlesen will. Das Meiste, was in diesem Manuscript steht, ist wenigstens in Bezug auf Lepra sehr zweifelhaft, und er selbst erklärt auch, er prätendire nicht, dass das Alles Lepra sei, aber er hat eine Reihe von Dingen vorgebracht, bei denen er ein Fragezeichen macht und die er Ihrem Urtheil zu unterbreiten wünschte. Er hat 3 grosse Photographien, von denen sich 2 auf alte prä-columbische Knochen beziehen und eine auf Topfgeräthe, aus den sogenannten alten Gräbern von Peru. Was die Knochen anbetrifft, so ist er selbst der Meinung, dass sie eigentlich nicht einen Grund für die Annahme von Lepra bieten. Wir Alle wissen ja auch, dass die Knochen nicht gerade derjenige

Punkt sind, der, bis jetzt wenigstens, für unsere Betrachtung stark in den Vordergrund getreten ist. Dagegen giebt er eine ausführliche Darlegung von den Topfgefässen, welche aus diesen altperuanischen Gräbern zu Tage gekommen sind. Er hatte sich früher an die hiesige anthropologische Gesellschaft gewendet, um Nachrichten darüber zu bekommen und hat dann im Jahre 1895 verschiedene Zuschriften an uns gerichtet. Wir haben damals auch schon nachsuchen lassen, und es wurde damals ein erträgliches und ein weniger gutes Specimen gefunden.

Nun, in Erwartung Ihrer Anwesenheit, habe ich Herrn Dr. von den Steinen ersucht, noch einmal eine vollkommene Revision aller unserer Thongefässe im Museum für Völkerkunde zu veranstalten, und das Resultat ist gewesen, dass sich in der That eine ganze Serie von derartigen Gefässen gefunden hat, von denen Sie hier auf dem Tische einen Theil ausgestellt sehen. Das stimmt nun ganz überein mit dem, was Ashmead beschrieben hat. Er hat von Anfang an die Punkte, um die es sich vorzugsweise handelt, sehr scharf unterschieden. Das sind einmal die Nase, die Nasenspitze, zweitens die Oberlippe mit den entsprechenden Verhältnissen des Mundes und drittens die Unterextremität. Er hat von der letzteren früher nur beiläufig, jetzt aber mehr gesprochen, und das ist auch für mich einer der Punkte gewesen, die mich am meisten überraschten, als wir jetzt eine Revision der aufgefundenen Gegenstände vornahmen. Ich werde Ihnen von Herrn von den Steinen selbst ausgeführte vortreffliche Zeichnungen herumgeben, welche das Resultat darstellen.

Das ist hier das erste Stück: der eine Fuss ist abgebrochen, der andere ist vollkommen in dem Zustande abgebildet, wie er sich findet, und dazu haben Sie dann die Nase. Nun, dieser Zustand der Extremität, der hier in verstärktem Maasse an einer sitzenden knieenden Figur hervortritt, ist nicht immer ganz vollständig ausgeprägt. Es ist nämlich sehr interessant, auch artistisch und psychologisch, dass diese alten Künstler diese Füsse zum Theil verhüllt haben, aber so, dass das Stück Gewand, welches dazu verwendet worden ist, doch sehr deutlich erkennen lässt, dass hier auch die Mutilation vorliegt. Hier sind zwei solche dargestellt, das eine, wo der Unterschenkel zu sehen ist, und auf der anderen Seite, wo die Einwickelung stattgefunden hat. Das ist auch ein Fall, wo man sehen kann, dass es sich offenbar darum handelt, ob wohl da die Umhüllung vollständig ist.

Das interessanteste und auch artistisch wohl bemerkenswertheste Stück ist hier eine kleine knieende Figur, die anscheinend einen Bettler, einen Aussätzigen darstellt — wenigstens können wir wohl vorläufig sagen: einen Aussätzigen —, der die Mildthätigkeit der Vorübergehenden anspricht. Er hat eine Art Trommel, mit der er klappert, und hat ein sehr bittendes und demüthiges Gesicht angenommen. Dies ist hier die Figur, welche Sie da abgebildet sehen. Das ist ein ganz besonders ausgezeichnetes Stück, wo eben diese Umhüllung zu sehen ist. Zur Vergleichung ist hier einer von den unversehrten Gegenständen, das ist so ein Topf von einem wohlgebildeten Mann. Da sehen Sie die vollkommene Nase, die sehr ausgeprägte Mundgegend, die Finger sind ausgebildet, hier sind die Füsse, die Zehen. — Das entspricht also

dem normalen Typus, und es wird immerhin interessiren, wenn man ein paar solche nebeneinanderstellt, um den Gegensatz zu zeigen, der doch offenbar ein Verhältniss betrifft, welches absichtlich hier zum Gegenstand einer Darstellung gemacht worden ist. Sie ersehen ausserdem aus der grossen Zahl der Gegenstände dieser Art, welche inzwischen zu Tage gekommen sind, dass es sich doch um ein ziemlich häufiges Verhältniss gehandelt haben muss. Wenn wir hier allein zehn solcher Gefässe bei einer blossen Revision in einer Sammlung finden, die gar nicht darauf gemacht worden ist, so lässt sich schliessen, dass das etwas Häufiges war.

Die andere Frage ist ja nun, wohin das zu rechnen ist. Handelte es sich bloss um das Gesicht, um die Nase, so würde ja vielleicht die Frage gestellt werden, ob das nicht ein gewöhnlicher Fall von Lupus sei, der sich da entwickelt habe. Etwas schwieriger wird die Sache aber durch die Füsse, denn das gerade diese doch zweifellos spontanen Mutilationen mit vollkommener Vernarbung eintreten sollten, die hier abgebildet sind, das liegt, nach meiner Erfahrung wenigstens, ausserhalb des Kreises der bekannten epidemischen oder endemischen Krankheiten und ich kann nicht leugnen, dass ich in der Coincidenz dieser zwei Verhältnisse doch ein starkes Argument dafür zu finden glaube, dass es sich in der That um eine Darstellung lepröser Verhältnisse handelt. Insoweit weiche ich also von Dr. Ashmead ab, der in seinem Memoire eine gewisse Abwiegelung hat eintreten lassen.

Ganz besonders interessant finde ich diesen Kopf hier. Ich habe zum Vergleich aus der Sammlung des Herrn Lassar hier ein anderes Stück aufstellen lassen.

Ganz besonders auffallend ist es nun dem Mr. Ashmead von Anfang an gewesen, dass diese starke Retraction der Mundgegend, und namentlich der Oberlippen, mit grosser Regelmässigkeit wiederkehrt, wobei das Blosslegen der Zähne so auffallend ist. Das ist überall mit einer Deutlichkeit ausgeprägt worden, welche nichts zu wünschen übrig lässt. Immer derselbe Habitus, starke Retractionsverhältnisse, wodurch die Lippen bis in die Gegend der Nasenöffnung zurückgezogen sind.

Hier ist noch eine grosse Figur, die auch Mutilation zeigt.

Das ist das, was ich Ihnen vorzuführen hatte. Gleichviel, was Ihr Urtheil darüber sein wird — es ist kein Zweifel, dass hier ein Gebiet erschlossen ist, welches den endemischen Krankheiten der Vorzeiten gewidmet sein muss, und die Wahrscheinlichkeit, dass es etwa Syphilis sei, ist nach meiner Vorstellung sehr klein. Es ist mir nie bekannt geworden, dass irgendwo Syphilis so ausgedehnte Verstümmelungen der Extremitäten herbeigeführt hat. Auch die besonderen Formen, in welchen gerade die Nase und die Lippen dabei betheiligt sind, sind ja ziemlich auffällig. Ich würde also an sich geneigt sein, die Sache so zu interpretiren, dass hier Thatsachen vorliegen, welche für die präcolumbische Existenz der Lepra sprechen.

Einer unserer ausgezeichnetsten Kenner der altspanischen Geschichtschreibung über Amerika, Herr Dr. Seeler aus Steglitz hat eine Reihe von Schriften geliefert, die in den Berliner anthropologischen Verhandlungen publicirt sind, aus welchen auch für die früheste Zeit der Conquista nachgewiesen ist, dass Krankheiten beschrieben worden

und mit Namen bezeichnet worden sind, welche auf Aussatz hinweisen. Herr Polakowski, der hier anwesend ist, hat gebeten, ihm zu gestatten, darüber noch ein paar Worte zu sagen, da ich denke, es wird ja von einem höheren Standpunkte aus immerhin eine werthvolle Sache sein, wenn wir dahin kommen können, eine gewisse Meinung über diese archäologischen Objecte zu haben.

Herr **Polakowski** (Berlin):

Ich habe mich viel mit der Geschichte der Entdeckung und Eroberung von Amerika beschäftigt, ganz besonders von Mittel-Amerika und von Chile, und da muss ich gestehen, in den zahlreichen Dokumenten, die ich gesehen habe, ist nie auf die Lepra hingewiesen. Nur in einem einzigen Fall, auf den ich nachher noch näher eingehen werde, ist eine Andeutung gemacht, die aber auch irrig war. Ich habe auch die neueste Literatur über das spanische Amerika, die Forschungsreisen, fast sämmtlich durchgesehen zur Besprechung für Petermann's Mittheilungen in anderen Zeitschriften und habe da niemals gefunden, dass, wenn die Forschungsreisenden, die zum grossen Theil Spanier sind, mit indianischen Tribus, die früher noch nie mit Europäern in Contact gewesen sind, in Berührung kamen, sie bei solchen Tribus Lepra gefunden hätten.

Was nun den einzigen Fall betrifft, der mich veranlasste, auch vor einiger Zeit Ihrem verehrten Herrn Vorsitzenden eine Mittheilung zu machen, wonach auch ich glaubte, die Lepra wäre schon vor Einbruch der Spanier in Süd-Amerika gewesen, so bezieht sich dieser auf den Eroberer Columbiens Gónzalez Ximenez der erwiesenermaassen an Lepra in Columbien gestorben ist. Ich sprach mit Herrn von Carrasquilla, der sich speciell mit der Geschichte der Lepra in seinem Vaterlande Columbien beschäftigt hat über diesen Fall, und er machte mich auf Folgendes aufmerksam: Es ist nämlich sehr schwer zu glauben, dass der Mann an Lepra gelitten und die Lepra aus Spanien mitgebracht hat, weil er vor dem Jahre 1530 in Columbien war und erst 1570 ungefähr gestorben ist und die Strapazen der Conquista als Lepröser sollte ertragen haben. Aber die Sache klärt sich in sofern auf: Ximenez kam als gesunder Mann hin nach Columbien, machte die Eroberung durch und ging nach Spanien zurück, um sich für seine Thaten belohnen zu lassen. Er wurde auch vom Könige belohnt, aber er brachte auch noch zwei sehr unbequeme Geschenke wieder mit zurück, nämlich die Syphilis und die Lepra, und diesen beiden Krankheiten ist er dann erlegen. Die Syphilis kam bald zum Ausbruch, die Lepra später. Er zog sich nach Ameriquita zurück und ist da gestorben; und Herr von Carrasquilla meint nun auf Grund sorgfältiger historischer Studien, dass dies der erste Leprafall sei, der überhaupt in Columbien vorgekommen ist, und er bestätigt nochmals, dass diese wilden Indianer-Tribus, die im nordöstlichen Columbien wohnen, vollständig frei von Lepra sind, während im civilisirten Theile des Landes besonders das Departemento Santander vollständig durchseucht und die Anzahl von Leprösen in Columbien eine sehr grosse ist. Aber bei den reinen Indianerstämmen hat er niemals Lepra gefunden.

Die pathologische Anatomie und Histologie der Lepra.

Herr **Babes** (Bucarest):

Je crois que cette assemblée peut s'occuper seulement du point de vue de l'application aux grandes questions concernant la lèpre de l'histologie de la lèpre et nullement pour entrer dans des détails d'interèt purement téoriques. Je commencerai par dire deux mots sur la place systématique dans le système histologique du bacille de la lèpre. Les préparations montrent ce que j'avais publié il y a 8 mois à l'académie des sc. à Paris que la tuberculose ressemble beaucoup à la lèpre; on y voit que par l'inoculation de la tuberculose sous les meninges on peut produire une forme qui ressemble en tout a fait à l'actinomyces. Si l'on regarde ces préparations, on ne fait pas grand défaut en disant que le parasite tuberculose et en conséquence aussi celui otrichées de la lèpre appartient plus tôt aux strepto.

Une autre question pratique concerne les soi-disantes spores du bacille et il faut établir que jusqu' à présent il n'y a pas encore des preuves biologiques pour admettre que le bacille de la lèpre posside des spores. Une autre question se présente dans les rapports du bacille de la lèpre avec celui de la tuberculose. On a aujourdhui abandonné le point de vue d'autrefois que les bacilles de la lèpre peuvent produire dans certaines organs de la tuberculose; tout de même il y a des cas où ils se ressemblent. Quels sont les critériums pour pouvoir distinguer d'une manière facile les bacilles de la lèpre de ceux de la tuberculose? Il y a trois points principaux. Premièrement je dois insister sur ce que j'avais trouvé il y a 15 ans que le bacille de la lèpre se colore plus facilement et qu'il retient sa couleur plus longtemps et plus énergiquement que le bacille de la tuberculose. Une deuxième différence existe sans doute dans la distribution des bacilles, de fait que le bacille de la lèpre existe ordinairement en grandes masses compactes dans les cellules, les tissues en général. A la présence du bacille de la lèpre dans des organes qui macroscopiquement et microscopiquement paraissaient absolument simples. La troisième différence est celle des globes lépreux, le développement des colonies du bacille de la lèpre; dans les tissus je n'a jamais pu trouver des semblables dans la tuberculose.

Deux mots sur l'importance pratique de l'invasion et de la dissémination du bacille de la lèpre. J'insiste sur un point: l'existence des lépromes à la surface de la peau et des muqueuses ne peut pas être employée pour expliquer l'invasion de la lèpre. Nocard avait trouvé, que la morve se produit par l'introduction des cultures dans le canal digestive tout en donnant la première manifestation sur la muqueuse nasale. La disposition des bacilles est d'une certaine importance. Sont envahis ordinairement par le bacille de la lèpre la peau, les muqueuses, les organes internes, les viscères, le système nerveux.

En ce qui concerne leurs rapports avec les cellules, les tissus, c'est une question d'une importance plutôt théorique. La colonie lépreuse se développe dans certains cellules et en dehors des cellules;

je crois que vous ne vous opposerez pas à cette vue; on ne peut pas nier d'apriori que les bacilles peuvent entrer dans les cellules et j'ai l'honneur de montrer des préparations absolument nettes dans ce sens.

Une question d'une grande importance est la lèpre du système nerveux. Il y a sans doute des bacilles dans les plaques de la lèpre nerveuse. On a pu constater l'invasion du nerf dans la peau même, et j'ai trouvé presque toujours les bacilles dans les cellules nerveuses.

Encore une chose. J'ai fait 22 autopsies de lèpre; j'ai toujours trouvé les bacilles; dans 9 cas j'ai trouvé des bacilles de la lèpre dans la moelle, dans les intérieurs; la constatation de bacilles s'est faite aussi dans les testicules et dans les ovaires.

En ce qui concerne la diagnostic, la thérapie, la prophylaxie de la lèpre, je crois avoir exposé dans mon rapport les points de vue qui se détachent des connaissances histologiques.

Je recommande donc la recherche de l'histologie de la lèpre; noos trouverons alors une base plus solide et plus large pour la conception de cette maladie et même pour la resolutions des question d'un interèt général.

Herr **Jeanselme** (Paris):

Les troubles trophiques, les amyotrophies, les troubles sensitifs qui sont la conséquence presque fatale de la lèpre neurotique ont attoré depuis longtemps l'attention des anatomo-pathologistes sur l'état de la moelle dans cette forme.

Dés 1848 Danielssen et Boeck avaient signalé des lésions très-étendues de l'axe spinal. Après les travaux de Virchow, qui démontra la constance de la névrite lépreuse, cette notion d'une altération de la moelle se perdit. Pourtant quelques travaux récents ont été publiés sur ce sujet. Je fais allusion aux mémoires de Soudakewitch et de Chassiotis, qui ont démontré l'existence du bacille de Hansen dans les racines postérieures et dans la moelle elle-même. Du reste Looft (de Bergen) a décrit deux cas de sclérose médullaire rattachable à la lèpre neurotique; dans ces deux cas le bacille de Hansen n'a pas pu être décelé, ni dans les racines, ni dans la moelle.

Tel est l'état de la question à l'heure actuelle.

J'ai eu l'occasion de faire l'autopsie de 5 cas de lèpre, jai donc pu examiner dans ces cas les nerfs périphériques, les racines et la moelle. J'ai employé pour cette étude la méthode de Nissl pour l'étude des altérations cellulaires, et la méthode de Pal pour l'étude des faisceaux blancs de la moelle; des coupes d'ensemble ont été colorées avec picro-carmin et au Ziehl.

Les lésions cellulaires étaient très peu prononcées; pourtant certains ilots de cellules des cornes antérieures présentaient un certain degré de chromatolyse, celle ci était toujours peu prononcée de préférence péri-nucléaire; quelques cellules étainet sphéroïdales, leur prolongement était peu évident; certains noyaux avainet une position excentriqne; en somme, ces lésions cellulaires étaient minimes. Il n'en était pas de même des altérations des faisceaux blancs de la moelle. Les cordons postérieurs étaient sclérosés, mais pas d'une manière uniforme; le

faisceau de Burdach était toujours respecté; par contre, le cordon de Goll, la zone radiculaire postero-interne et la zone cornu-commissurale étaient dégénérés; les zones de Lissauer ainsi qu le réseau nerveux de colonne de Clarke étaient respectés; les racines postérieures n'étaient pas dégenerés; les cordons lateraux étaient également affectée, le faisceau pyramidal croisé était dégénéré.

Dans les parties sclérosées je 'nai pas pu déceler le bacille de Hansen; il n'y avait pas non plus des nodules infectieux; les vaissaux n'étaient pas épaissis. Il semble donc que les altérations n'aient pas été produites par le bacille, mais probablement par son produit de sécrétion, c'est-à-dire par sa toxine.

Je ferai remarquer que la topographie des faisceaux sclérosés semble indiquer que les lésions sont d'origine endogène; en effet, elles sont tout-à-fait différentes de celles du tabes, qui paraît être le plus souvent d'origine exogène. Les lésions que j'ai constatées, sont tout-à-fait comparables à celles que l'on observe dans certaines altérations d'origine alimentaire et en particulier dans l'intoxication d'origine pellagreuse.

Herr Dehio (Dorpat):

Ueber die Lepra anaesthetica und den pathogenetischen Zusammenhang ihrer Krankheitserscheinungen.

In Bezug auf die klinischen Erscheinungen und die zeitliche Aufeinanderfolge der Symptome bei der Lepra anästhetica stimme ich vollkommen mit der Schilderung überein, welche Looft im ersten Bande der Mittheilungen und Verhandlungen unserer Conferenz, Abtheilung III, S. 99, gegeben hat. Ebenso wie die norwegischen Forscher bin auch ich der Ansicht, dass wir es bei der Lepra maculo-anaesthetica, wie Hansen und Looft diese Form der leprösen Erkrankungen bezeichnen, im ersten Stadium der Erkrankung mit der Entwicklung von typischen Flecken auf der Haut des Körpers zu thun haben; diese Flecken sind dadurch charakterisirt, dass sie anfänglich hyperämisch oder auch leicht pigmentirt unregelmässig über den Rumpf und die Extremitäten zerstreut sind. Weiterhin zeigen sie ein peripheres Wachsthum, das nach allen Richtungen gleichmässig fortschreiten kann; während sie im Centrum abblassen, erhalten sie periphere etwas infiltrirte wallartig aufgeworfene dunklere Ränder. Ein anderes charakteristisches Merkmal ist die mehr oder weniger vollständige Anästhesie, die stets im Bereich der Flecken nachgewiesen werden kann. Im weiteren Verlauf der Krankheit, nachdem die Flecken oft schon jahrelang bestanden haben, gesellen sich dann weitere Störungen von Seiten des Nervensystems hinzu, namentlich vor allen Dingen eine Verminderung und schliesslich eine vollkommene Aufhebung aller Gefühlsqualitäten in der Haut, sowie auch an den tiefen Theilen; diese Anästhesie pflegt am ausgesprochensten in den Extremitäten zu sein und ist diffus über die ganze Haut derselben verbreitet, einerlei ob dieselbe von Flecken besetzt war oder nicht. Hierzu kommt alsdann eine degenerative Atrophie der kleinen Muskeln der Hand, sowie des Fusses, jedoch können auch weiter centralwärts gelegene Muskeln in derselben Weise

erkranken. Schliesslich treten auch trophische Störungen am Skelett der Finger und Zehen etc. auf, die zu den bekannten Mutilationen derselben führen. Sind alle diese Veränderungen vorhanden, so erhalten wir das vollständige Bild der Lepra maculo-anaesthetica.

Es fragt sich nun, wie wir uns das Zustandekommen dieser mannigfaltigen Störungen zu erklären haben. Seitdem Danielssen und Boeck die Lepra-Erkrankungen der peripheren Nervenstämme beschrieben haben, begegnet man vielfach der Annahme, dass die bei der Lepra maculo-anaesthetica zu beobachtenden anästhetischen Flecke als eine trophische Störung anzusehen sind, die durch eine primäre Affection, sei es des Centralnervensystems, sei es der peripheren Nerven, zu erklären ist. Dieser Auffassung widerspricht jedoch, wie mir scheint, die Thatsache, dass die leprösen Hautflecke sich durchaus nicht an die Verbreitungsbezirke der einzelnen cutanen Nervenstämme binden, sondern einmal aufgetreten ein peripheres Wachsthum zeigen, welches sich mit der Annahme einer neurogenen trophischen Störung nicht wohl vereinigen lässt.

Zur Aufklärung des Sachverhaltes waren anatomische Untersuchungen nöthig, welche mein Schüler W. Gerlach an einem Fall von Lepra maculo-anaesthetica im Jahre 1890 ausgeführt hat (confer. W. Gerlach: „Untersuchungen über anästhetische Hautflecke etc.", Dorpater Inaugural-Dissertation und Virchow's Archiv, Band 125, 1891).

Es handelt sich um einen 45 jährigen Zimmermann, welcher vor 5 Jahren Vertaubungen an den Händen und Vorarmen und an den Fusssohlen gehabt haben will, zugleich bildeten sich röthliche Flecken an der Stirn, am Rücken und an den Extremitäten, und Patient behauptete, dass alle diese Stellen, wo die Flecken sich bildeten, zugleich weniger empfindlich wurden. In den letzten Jahren ist das Gefühl des Ameisenlaufens und Taubseins an den Extremitäten immer stärker und anhaltender geworden und seit $1^1/_2$ Jahren hat sich an beiden Händen eine zunehmende Muskelschwäche gezeigt, welche mit Schmerzen in den Händen verbunden war. Die Hände sind schliesslich so kraftlos geworden, dass Patient nicht mehr arbeiten konnte und sich deshalb in die Dorpater Universitätsklinik aufnehmen liess. Hier fanden wir bei dem hochgewachsenen und noch ziemlich gut genährten Manne an der Stirn schwache unregelmässig begrenzte rothbraune Flecken; desgleichen auch bei den Armen mit besonderer Betheiligung der Streckseiten vielfach oft überhandgrosse Flecke mit bräunlichen Rändern und hellerem Centrum, in deren Bereich die Haut dünn und atrophisch war. Ebensolche Flecken finden sich unregelmässig auf dem Rücken zerstreut, sowie auch die beiden Ober- und Unterschenkel einnehmend. Die Vertheilung der Flecken erscheint regellos und ist durchaus nicht an die Verbreitungsbezirke der sensiblen Hautnerven gebunden, allenfalls lässt sich eine gewisse Symetrie in dem Befallensein beider Körperhälften und ein Vorwiegen der Erkrankung an den Extremitäten constatiren. Im Bereich aller dieser Flecke, auch derer am Rücken, ist die Sensibilität mehr oder weniger herabgesetzt und zum Theil ganz aufgehoben. Die Haut des Rumpfes ist, soweit sie nicht von Flecken eingenommen wird, anscheinend normal und besitzt eine völlig normale Empfindlichkeit. Was speciell die Hände betrifft, so

zeigt die Rückenfläche derselben eine bräunliche Pigmentirung, aber keine charakteristischen Flecke; an der Volarseite ist die Haut mit schwieliger Epidermis bedeckt, und im Handteller schossen, wie die weitere Beobachtung lehrte, ab und zu Blasen auf (sogenannter Pemphigus leprosus), die bald platzten und dann heilten, ohne deutliche Narben zu hinterlassen. Ferner klagt Patient über ein permanentes Vertaubungsgefühl in beiden Händen und im unteren Drittel beider Vorarme, sowie über zuweilen auftretende zuckende stechende Schmerzempfindungen bald hier bald dort an den Mittelhänden und Fingern. An der rechten Hand ist auf dem ganzen Handrücken, sowie auf der ulnaren Hälfte der flachen Hand, das Tast-, Wärme und Kältegefühl, sowie die faradische Schmerzempfindung sehr stark herabgesetzt. Beim Händedruck bemerkt man eine bedeutende Herabsetzung der groben Kraft; die Musculi interossei sind atrophisch, die electrische Prüfung ergiebt eine partielle Entartungsreaction derselben. Wir haben es demnach mit einer degenerativen Atrophie der die Haut und die Muskeln der Hände versorgenden Nervenbahnen zu thun.

Als nun der Patient unerwartet unter den Erscheinungen der Herzlähmung starb, nachdem er sich am Abend vorher einen schweren Excess in Baccho erlaubt hatte, wurden der frischen Leiche folgende Theile behufs einer genaueren mikroskopischen Untersuchung entnommen:

1. Das Rückenmark.
2. Zwei anästhetische Hautflecke vom Rücken mit der umgebenden gesunden Haut und den zum herausgeschnittenen Hautstück hinführenden dorsalen Hautnerven. Letztere wurden mit den zugehörigen Hautstücken in Zusammenhang gelassen und bis in die Nähe der Wirbelsäule herauspräparirt.
3. Der Nervus ulnaris dexter in seinem ganzen Verlauf von der Achselhöhle an, mit einem Theil seiner peripheren Verzweigung, und zwar wurde der zum vierten Finger verlaufende Hautast im Zusammenhange mit der volaren Haut des Fingers und die zum zugehörigen Musculus interosseus internus und zur Musculatur des kleinen Fingers gehörigen Nerven herauspräparirt.

Alle diese Theile wurden in Müller'scher Flüssigkeit conservirt, später in Alkohol gehärtet und endlich grösstentheils nach Weigert gefärbt und mikroskopisch untersucht.

Die Untersuchung des anästhetischen Hautfleckes vom Rücken und des zugehörigen dorsalen Hautnervenstammes zeigt, dass zunächst der Nervenstamm und seine gröberen Verzweigungen vollkommen frei waren von leprösen Infiltrationen; wohl aber fand sich ein Theil seiner Nervenfasern im Zustande der Degeneration, indem die Markscheiden derselben sich gegen die Weigert'sche Färbung refractär verhielten und dünner waren als normal; manche Nervenfasern waren sogar mit Zurücklassung kleiner Lücken im Endoneurium vollkommen geschwunden. Die weitere Verfolgung der feineren Nervenzweige, von da an, wo sie sich in die erkrankte Haut selbst einsenkten, unterlag nun grossen Schwierigkeiten, welche Dr. Gerlach dadurch

überwand, dass er die zu untersuchenden Hautstücke in Serienschnitte zerlegte und die einzelnen Nervenzweige Schnitt für Schnitt bis in ihre äussersten Zertheilungen verfolgte. Das Nähere hierüber ist in der citirten Gerlach'schen Arbeit einzusehen. Es zeigte sich, dass die Haut im Bereich der anästhetischen Hautflecken von einer kleinzelligen leprösen Neubildung durchsetzt war; diese letztere ist in denjenigen Hautregionen am dichtesten vorhanden, wo sich die reichlichsten capillären Gefässansätze vorgebildet finden, also in den oberen Schichten der Lederhaut, sowie in der Umgebung der Schweissdrüsen, Talgdrüsen und Haarbälge. Histologisch unterscheidet sich diese kleinzellige Wucherung in nichts von der bei der tuberösen Form auftretenden Neubildung, nur dass es in diesem Falle nicht gelang Tuberkelbacillen in ihr nachzuweisen. Die regressiven Veränderungen, die das lepröse Infiltrat im Centrum der anästhetischen Flecke eingeht, und die schliesslich zum centralen Einsinken der Flecke führen, interessiren uns hier nicht weiter.

Wie verhalten sich nun die Nervenverästelungen innerhalb der so infiltrirten Haut? Man sieht zunächst die schon geschilderten, partiell degenerirten grösseren Nervenäste, bevor sie in die Haut selbst eintreten, sich in feinere Zweige theilen, und vielfach kann man feststellen, dass bei dieser Theilung alle, oder fast alle, gesunden nicht degenerirten Fasern in den einen Zweig, alle, oder fast alle, erkrankten degenerirten Nervenfasern in den anderen Zweig der Gabelung eintreten. Der erste Theil pflegt dann unter der erkrankten Hautpartie im subcutanen Fett fortlaufend sich zu gesunden Hautstellen zu begeben, während der andere degenerirte sich in den leprösen Hautfleck einsenkt. Sobald die Nervenzweige in die typischen Schichten der erkrankten Cutis selbst eingetreten sind, zeigen sie neben der erwähnten Degeneration der Markscheiden noch eine zweite Veränderung, nämlich eine kleinzellige lepröse Infiltration, welche die Nervenscheiden ergriffen und ihren ganzen Querschnitt mehr oder weniger durchsetzt hat. Bei der fortschreitenden Verästelung und dem weiteren Vordringen der Nervenzweiglein innerhalb der Hautflecken nimmt diese lepröse Durch- und Umwucherung der Nerven immer mehr zu, bis sie meistens in der Nähe der erkrankten Schweiss- und Talgdrüsen mächtige walz- oder wurstförmige Geschwulstmassen bildet, in denen die letzten Astzweige der Hautnerven schliesslich vollständig untergehen; an die Stelle derselben sind dann die kolbigen Anhäufungen von leprösen Geweben getreten, die sich bis an die oberen Lagen der Cutis hinaufziehen und mannigfaltige Verästelungen bilden, welche den ursprünglichen Gabelungen der Nervenzweige entsprechen. Oft sieht man im Verlauf solcher leprös durchwucherter Nervenzweige die gleichfalls leprös infiltrirten Schweissdrüsenknäuel wie Perlen in fortlaufender Reihe angelagert, und es macht den Eindruck, als ob die lepröse Neubildung von den erkrankten Schweissdrüsen auf die benachbarten Nervenzweige übergegriffen habe und sich nun in der Nervenscheide ausbreite und durch ihre Wucherung die Nervenfasern erdrücke. Centralwärts ist die Neubildung jedoch an den Nervenzweigen nie über die Region der eigentlichen Cutis herausgekrochen; sie beschränkt sich also lediglich auf die feinsten, cutanen Nervenzweige, während, wie

schon erwähnt, die grösseren subcutan verlaufenden Aeste von der leprösen Infiltration noch völlig oder fast völlig frei sind. Es handelt sich eben um eine noch junge, frisch erkrankte Hautpartie. Die der Gerlach'schen Arbeit beigefügte Tafel illustrirt diese Verhältnisse auf's Deutlichste.

Es lässt sich aus diesen Befunden der Schluss ziehen, dass die untersuchten Hautflecke durchaus nicht von einer primären leprösen Erkrankung der dorsalen Nervenstämme abhängig oder von einer solchen bedingt sind, sondern dass der primäre Erkrankungsherd in der Haut selbst gelegen ist. Hier entsteht zunächst durch lepröse Infiltration der Fleck, und die auf den Fleck beschränkte Anästhesie erklärt sich leicht dadurch, dass die im Bereich des Fleckes befindlichen feinsten Nervenzweige von der leprösen Wucherung zerstört werden. An diese Zerstörung selbst schliesst sich dann eine aufsteigende Degeneration aller derjenigen Nervenfasern, welche ihrer normalen Endungen in der Haut beraubt worden sind. Diese aufsteigende secundäre Degeneration der sensiblen Nervenfasern lässt sich dann auch in den subcutanen Nervenstämmen hoch hinauf verfolgen und dürfte wohl genetisch mit der von Friedländer und Krause (Fortschritte der Medicin, 1886) beschriebenen aufsteigenden Atrophie sensibler Nervenbahnen in Amputationsstümpfen identisch sein.

Dass übrigens bei längerer Dauer des Processes auch die specifisch lepröse Infiltration sich längs der Nervenscheiden aufwärts weiterhin verbreitet und so die bekannte lepröse Infiltration der peripheren Nervenstämme bewirkt, ist nicht zu bezweifeln. Vielmehr haben Gerlach's Untersuchungen des Nervus ulnaris hierfür einen neuen Beleg erbracht. Der Stamm dieser Nerven war in der Höhe der Achselhöhle makroskopisch unverändert und liess mikroskopisch denselben Entartungstypus erkennen wie die dorsalen Hautnerven. Weiterhin im Nervus pemphitalis zeigten sich schon kleine lepröse, runde Zellenansammlungen zwischen den einzelnen Nervenbündeln, welche abwärts an Grösse immer mehr zunahmen und in der Gegend der Ellenbeuge auch makroskopisch wahrnehmbare spindelige Auftreibungen des Nervenstammes bewirkten. An dieser Stelle ist der Nerv durch runde Zellenwucherung fast ganz zerstört, so dass sich innerhalb des leprösen Infiltrats nur noch sehr wenige Nervenfasern und Markscheiden erhalten haben. Am Vorarm nimmt die Masse der runden Zellen wieder ab, die markhaltigen Nervenfasern aber zeigen eine sehr starke degenerative Atrophie.

Sehr lehrreich ist nun das Verhalten der Nervenzweige, in welche sich der Stamm des Nervus ulnaris an der Hand theilt. Der zum vierten Finger gehörige Zweig, welcher mit der Haut des Fingers zusammen der Leiche entnommen war, zeigte in seinen centralen Theilen dieselbe Entartung, wie der Stamm des Nervus ulnaris am Vorarm. Weiter nach unten aber lässt er gar keine markhaltigen Nervenfasern mehr erkennen, sondern ist in einen compacten Gewebsstrang verwandelt, an welchem einzelne Lücken die Stellen bezeichnen, wo früher die Nervenfasern gelegen hatten. Der ganze Strang ist von reichhaltigen leprösen Geweben umwuchert. Die zugehörige Haut erwies sich leprös, infiltrirte Nervenfasern waren in derselben garnicht

mehr aufzufinden, also offenbar durch die leprösen Infiltrationen gänzlich zerstört.

Anders der zu den Musculi interossei verlaufende Nervenzweig. Derselbe befand sich zwar im Zustande hochgradiger degenerativer Atrophie, aber von einer specifisch leprösen Infiltration war nichts zu finden. Auch der zugehörige Muskel zeigte eine herdweise Atrophie seiner Muskelfasern, welche hier und da durch zellenarmes Bindegewebe ersetzt war, lepröse Zellenablagerungen aber waren nicht vorhanden.

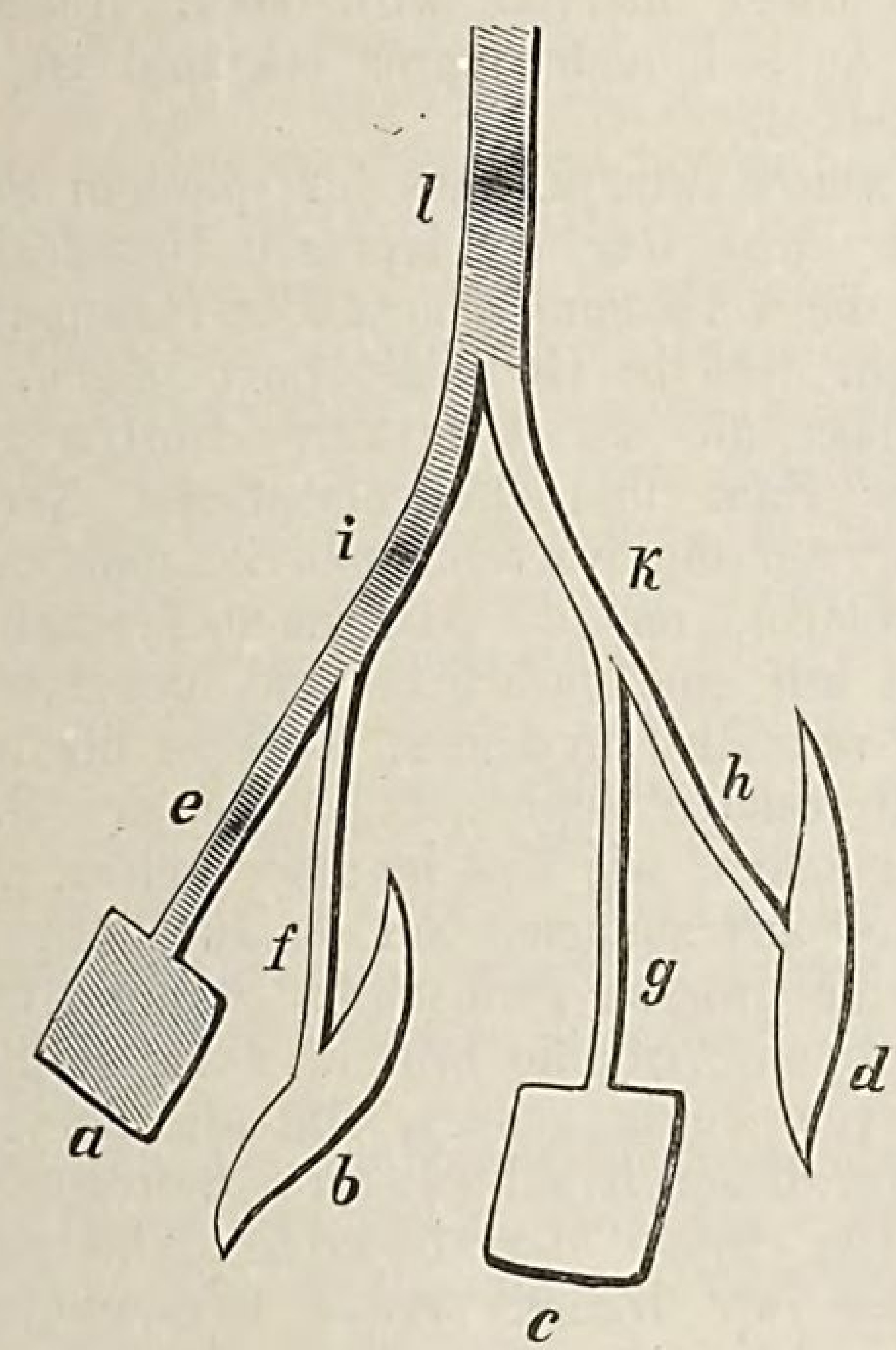
Es fragt sich nun, wie wir den zeitlichen Ablauf der leprösen Erkrankungen im Nervus ulnaris aufzufassen haben. Eins ist sicher: die ältesten im Bereich des Musculus ulnaris und seiner Verästelungen vorgefundenen leprösen Erkrankungen finden sich nicht im Stamm desselben, sondern in dem peripheren cutanen Zweige; dieser letztere sammelt seine Fasern aus der Haut des vierten Fingers, welche leprös infiltrirt war und klinisch eine deutliche Verminderung ihrer Sensibilität erkennen liess. Je weiter proximalwärts desto jüngeren Datums erwiesen sich die in dem grösseren Zweige und schliesslich im Stamm des Ulnaris vorhandenen leprösen Infiltrate. Es lässt diese Thatsache nur den Schluss zu, dass der Nervus ulnaris zunächst in seinen peripheren Zweigen erkrankt ist und dass die lepröse Wucherung von hier immer weiter centralwärts fortgekrochen ist.

Es darf aber die fernere Thatsache nicht vergessen werden, dass nicht alle peripheren Verzweigungen des Nervus ulnaris erkrankt waren, sondern nur die cutanen aus leprös infiltrirter Haut stammenden Nervenzweige. Die centrifugalen Muskeläste dagegen, sowie die zugehörigen Muskeln selbst, befanden sich wohl im Zustande fortschreitender degenerativer Atrophie, enthielten aber keine Spur von lepröser Wucherung.

Es muss also die lepröse Wucherung, welche schliesslich den ganzen Nervenstamm ergriffen hat, von den cutanen sensiblen Zweigen aufwärts fortgeschritten sein. Wie es aber zur leprösen Erkrankung dieser letzteren gekommen ist, ist uns nach unserer Erfahrung vom Dorsal-Nerv leicht verständlich; die cutanen Nervenzweige des Ulnar-Nerv stammten ja aus leprösen Hautpartien, und von diesen letzteren aus muss die Erkrankung ihren Ausgang genommen haben. Was die secundäre degenerative Atrophie der ulnaren Nervenfasern betrifft, so ist die Atrophie vereinzelter Fasern oberhalb der jüngsten am meisten central gelegenen leprösen Infiltrationen wohl als eine aufsteigende anzusehen, wie wir es auch im Dorsal-Nerv gefunden haben; die hochgradige Atrophie des Stammes und aller Zweige, welche unterhalb der grossen an der Ellenbeuge befindlichen Infiltration des Nervenstammes auftritt, kann aber nur eine absteigende Degeneration sein, hervorgerufen durch die Zerstörung fast aller Nervenfasern am Orte dieser Infiltration. Da hier selbstverständlich auch motorische Fasern zerstört worden sind, so muss die Atrophie auch die motorischen Zweige und deren Muskeln ergriffen haben, wie wir das auch durch Gerlach's Untersuchungen bestätigt finden.

Ich möchte Sie, meine Herren, nun bitten, einen Blick auf das

beigefügte Schema eines gemichten Extremitäten-Nerven zu werfen (confer. nachstehende Abbildung).



a und c bedeuten Hautstücke mit den zugehörigen sensiblen Nervenzweigen e und g; b und d sind Muskeln mit ihren motorischen Nervenzweigen f und h, Die Abschnitte i und k sind gemischte Nervenäste, l ist deren motorischer Nervenstamm; die schraffirten Stellen bedeuten lepröse Infiltrationen. Es erkranke nun zunächst das Hautstück a, indem sich daselbst ein lepröser Fleck etablirt; es wird anästhetisch, ohne dass der Nerv e erkrankt ist, weil die Endverzweigungen der sensiblen Fasern zerstört sind. In der Folge entwickelt sich eine aufsteigende Degeneration aller aus a stammenden, in e enthaltenen Nervenfasern, welche bis in den Nervenstamm l hinauf verfolgt werden kann. Bei längerer Dauer der Krankheit kommt es dann durch aufwärts fortschreitende lepröse Durchwucherung des Nerven zunächst zu einer leprösen Infiltration bei a; dadurch werden die klinischen Symptome (circumscripte, auf den leprösen Fleck begrenzte Anästhesie) nicht verändert. Sobald nun aber durch ein weiteres lepröses Infiltrat bei i eine Leitungsunterbrechung innerhalb dieser gemischten Nervenäste erfolgt, so werden alle peripherwärts von i gelegenen Nervenfasern atrophiren, und auch der Muskel b wird der degenerativen Atrophie verfallen, obgleich weder er selbst, noch sein motorischer Nervenzweig f von der leprösen Wucherung ergriffen ist. Klinisch und anatomisch werden wir degenerative Atrophie des betreffenden Muskels nachweisen können, wie wir es an den Rami interossei des von Gerlach untersuchten Nervus ulnaris thatsächlich gethan haben. Localisirt sich nun endlich die lepröse Infiltration im Nervenstamm l (wie in unserem Falle im Nervus ulnaris im Ellenbogengelenk), so wird der ganze Nerv

unterhalb dieser Stelle atrophiren, incl. k, g und h, welche nichtsdestoweniger von der specifisch leprösen Erkrankung vollkommen frei sein können. Die Folge hiervon wird sein: Anästhesie des Hautstückes c, welches an sich nicht leprös erkrankt ist, und degenerative Atrophie des Muskels d.

In der That wissen wir ja, dass im späteren Stadium der Lepra maculo-anaesthetica nicht nur die leprösen Hautflecke gefühllos sind, sondern dass auch die vollkommen gesunden Hautpartien, insbesondere an den Extremitäten, dieselbe Gefühlsstörung zeigen.

Ich glaube, dass die von Gerlach eruirten anatomischen Veränderungen an der Haut und den peripheren Nerven, welche ich, wenigstens in Bezug auf die Nerven, auch in anderen Fällen mehrfach habe bestätigen können, uns die klinischen Erscheinungen der Lepra maculo-anaesthetica auf eine natürliche und lückenlose Weise verständlich machen. Wir verstehen nunmehr, weshalb die im ersten Stadium der Krankheit auftretenden leprösen Flecke der Haut zugleich anästhetisch sind; wir sehen, wie das lepröse Infiltrat von diesen primär entstandenen Flecken aus zunächst auf die zugehörigen Hautnerven und und weiterhin auf die grossen gemischten Stämme übergreift und dieselben zur degenerativen Atrophie bringt. Dass endlich diese Atrophie der peripheren Nerven völlig genügt, um alle nervösen Störungen zu erklären, die wir bei dieser Krankheitsform auftreten sehen, lässt sich nicht bestreiten. Der Ihnen dargelegte Krankheitsfall ist völlig verständlich, ohne dass wir irgend welche Erkrankungen des centralen Nervensystems anzunehmen brauchen.

Die mikroskopische Untersuchung des Rückenmarkes misslang in unserem Falle wegen eingetretener Ueberhärtung desselben, jedoch liess sich makroskopisch weder an der Oberfläche noch auf den Durchschnitten desselben eine pathologische Veränderung merken.

Für die von Arning und Unna vertretene Ansicht, dass die Fleckenbildung auf der Haut nur die secundäre Folge der primären Erkrankung des Nervensystems sei, haben Gerlach's Untersuchungen keinerlei Anhaltspunkte ergeben. Nach meiner Ansicht werden die anästhetischen Hautflecke durch specifische, wohl vom Blut ausgehende bacterielle Reizwirkungen hervorgerufen; sie gehören anatomisch wie klinisch zu den ersten Krankheitserscheinungen und sind schon vorhanden, bevor sich noch irgend welche Störungen von seiten der Nerven nachweisen lassen.

Herr **Dohi** (Paris):

(Siehe Band III.)

Herr **Paul Bergengruen** (Riga):

Ueber den Sitz der Leprabacillen in der Athmungsschleimhaut, in Sonderheit des Kehlkopfes und der Luftröhre des Menschen.

Meine Herren! Wenn ich mir Ihre Aufmerksamkeit für einige Minuten erbitte, so geschieht solches in der Hoffnung, Ihnen aus dem Gebiete der Leprabacteriologie einige Thatsachen vorführen zu können,

welche für den allgemeinen Zweck der Lepraconferenz vielleicht nicht ganz ohne Interesse sein dürften.

Ich will mir erlauben, Ihnen einige mikroskopische Präparate vorzulegen, die uns in ein noch umstrittenes Gebiet des — ja noch in so vieler Beziehung sehr geheimnissvollen — Bacillus leprae Hansen-Neisser hineinführen. Dieser unser gemeinschaftlicher Feind, der uns aus allen Zonen der Erde hierher versammelt hat, spielt bei der Lepra jedenfalls, wie wir gehört haben, eine Hauptrolle: Ihn zu vernichten, ihn für die Menschheit unschädlich zu machen, das ist die grosse Aufgabe, an der wohl noch Generationen werden arbeiten müssen. — Um einmal dieses hohe Ziel zu erreichen, um den Kampf gegen diesen Feind mit einiger Aussicht auf Erfolg führen zu können, ist es nöthig, seine Lebensbedingungen zu erforschen und dazu die Frage zu lösen: Wo ist der eigentliche Wohnsitz des Leprabacillus?

Ob die Bacillen in oder zwischen den Zellen des Gewebes angesiedelt sind, ob sie in den Lymphbahnen des Körpers frei circuliren oder nicht? Das sind vielfach erörterte Fragen, welche von ersten Meistern der medicinischen Wissenschaft und der Lepraforschung in verschiedenem Sinne beantwortet wurden. — Die Literatur dieser interessanten Disputation hier berühren, hiesse nur, Ihnen schon genügend Bekanntes wiederholen.

Darum erlaube ich mir nun ohne Weiteres, Ihre werthe Aufmerksamkeit auf die Präparate zu lenken, aus denen die Frage nach dem Wohnorte der Bacillen, wie ich glaube, wohl entschieden werden könnte, wenigstens der Hauptsache nach.

Waren die Objecte bisheriger Lepraforschungen vornehmlich die Haut, Milz, Nerven, Leber, Hoden, Cornea u. s. w., so sind meine Präparate ausschliesslich den Schleimhäuten der oberen Luftwege, vorzugsweise dem Kehlkopfe und der Luftröhre, einige auch der Zunge entnommen. — Die Schleimhaut, vornehmlich des Kehlkopfes, mit ihrem ausserordentlichen Reichthum an Lymphräumen und an Drüsen und dem lockeren Gefüge des Bindegewebes eignet sich zur Betrachtung und Erforschung der in Rede stehenden Fragen bedeutend besser, als die festere und starrere Oberhaut: Die Zellen und die Lymphgefässe an sich sind ja dabei hier wie dort dieselben; freilich lassen die Befunde in der Mucosa sich nicht alle ohne Weiteres auf die Haut und die übrigen Organe übertragen.

Wenn wir nun an die erste Frage herantreten, ob die Bacillen in den Zellen liegen, so müssen wir vorher darüber im Klaren sein, woraus wir eine thatsächliche Einlagerung von Bacillen in einer Zelle zu erkennen vermögen. — Ich glaube Ihrer Uebereinstimmung sicher zu sein, meine Herren, wenn ich sage: Sobald wir ein Stäbchen oder mehrere Bacillen, die im Umkreis einer Zellencontour zu liegen scheinen, mit der Contour und dem Kern derselben in einer und derselben Tubuseinstellung erblicken, so müssen wir die Thatsache des intracellulären Sitzes der Bacillen anerkennen. Sehen wir aber bei einer Tubuseinstellung eine Zelle und erst bei Bewegungen der Mikrometerschraube die Bacillen den Platz der Zelle einnehmen, oder umgekehrt, so liegen die Bacillen auf oder unter, d. h. zwischen den Zellen, in den inter-

cellularen Räumen des Gewebes, oder mit anderen Worten im Lymphstromgebiete.

Betrachten wir unter solcher Voraussetzung das erste Präparat: es ist ein sogenanntes Ausstrichpräparat, wie es im Leprosorium zu Riga von jedem Neuaufgenommenen hergestellt wird. Das geschieht auf folgende Weise: die Epidermis eines Hautknotens wird leicht abgekratzt und die vortretende Feuchtigkeit mit einem Deckgläschen aufgenommen, hier verdünnt, getrocknet und gefärbt (Präp. 1, Bild 1). Bei Durchsicht dieses Präparates erscheint das Gesichtsfeld vorwiegend roth von Bacillen, die, wie in allen folgenden Präparaten, mit Carbolfuchsin gefärbt sind, einzeln oder in grösseren und kleineren Gruppen zusammenliegend; zwischen den Bacillen liegen verstreut die mit Methylenblau gefärbten Zellen verschiedener Art und Abstammung, was durch die Art der Präparatgewinnung verständlich wird. — Bacillen und Zellen liegen nebeneinander oder auf- und untereinander, wie Sie bemerken, und wir sehen eine, im Verhältniss zur Gesammtmenge dieser Gebilde, nur sehr geringe Anzahl von Stäbchen in den Zellen liegen. Jedoch ist dieses Verhalten zweifellos ganz sicher zu constatiren (unter der eingangs festgestellten Voraussetzung); in solchem Falle scheint es hier und da, dass die Bacterien eine Art Zellverdauung zu Wege gebracht haben: um dieses oder jenes Stäbchen findet sich ein glänzend heller, breiter Hof, dem die Zellfarbe ganz fehlt. — Werfen wir noch einen Blick auf die erdrückende Mehrzahl der extracellular gelegenen Bacillen, so sehen wir sie hier isolirt nebeneinander liegen, dort in langen oder kürzeren, breiten und schmäleren Schnüren, Ketten und Bändern, theilweise mit dichotomischen Abzweigungen, in grösseren flächenhaften Gruppen durch Zooglöa aneinander gekittet, oder sich eiförmig, kugelig oder walzen- und keulenähnlich zusammenfinden. Die Vermuthung liegt jedenfalls sehr nahe, dass die Bacillen im Körper des Patienten sich in derselben oder doch in gleichsinniger Gestalt und Lagerung sich befunden haben, in der wir sie hier vor uns ausgebreitet sehen; das weist a priori schon darauf hin, dass sie sich zum grossen Theile in engen Canälen befanden. Dass sie alle oder dass auch nur nur die Mehrzahl der Bacillen bei dem Trockenprocess der Herstellung des Präparates durch Platzen der Zellen aus diesen befreit seien, können wir nicht annehmen, weil die weitaus grösste Mehrzahl der Zellen vollständig unversehrt erscheint: nur wenige Zellen sind zerrissen oder gesprengt; wo das der Fall ist, liegen (auch gar nicht jedes Mal) Stäbchenconglomerate oder Einzelbacillen der Zelle resp. dem Kerne so nahe an, dass man zur Ansicht gedrängt wird, sie hätten in vivo in dieser Zelle gefangen gesessen.

In Schnitten mit dichtgepflastertem Rundzellengewebe (Präp. 2) ist das Verhältniss der Bacillen zu den Lepromzellen nicht genau zu übersehen, weil auch in den dünnsten Schnitten immer mehrere Zellenlagen übereinander geschichtet sind.

Leichter übersichtlich werden die Verhältnisse, wenn sich die Bacillen im Gewebe zu Streifen oder Ketten angeordnet haben, wie z. B. im Präparat 3 und 4 (Bild 2A u. B); Präparat 5 (Bild 2C) zeigt uns ein breites Band, das in mehrfacher Windung wie eine Schlinge durchs

Gewebe zieht. Oft sehen wir die Bacillen auch in geraden parallelen Linien, Eisenbahnschienen gleichend, dahingehen (Präp. 6).

Im nächsten Präparat (Präp. 7) treten die Bacillenzüge schon in ganz groben, derben, intercellularen Strängen auf; diese finden sich an vielen Schnitten aus derselben Gegend stets an der nämlichen Stelle, was darauf hinweist, dass die Bacillen in den wandungslosen Zwischenräumen das Gewebe in grosser Ausdehnung durchsetzen.

Die Bacillenketten bilden durch ringförmiges Zusammentreten manchmal dichte Netze, wie es in den Präparaten 7a (Bild 3) und 8 deutlich zu sehen ist.

Alle diese Bilder zeigten uns die Bacillen entweder isolirt, oder in geringer oder ungeheuerer Anzahl durch Zooglöa aneinander mehr oder weniger lose gebunden, zwischen den Zellen liegend.

Dass die Leprabacillen zu ihrer Existenz an Zellen absolut nicht unbedingt gebunden sind, sehen wir an einer ganzen Anzahl von Schnitten, von denen hier einer vorliegt (Präp. 9, Bild 4); da beobachten wir derbe, in massenhafter Aneinanderlagerung oft schwer in Einzelbacillen aufzulösende grosse, compacte, der Längsachse nach durchschnittene Bacillenhaufen, welche sich zwischen den Fibrillen eines fast structurlosen, sehr zellarmen Bindegewebes durchgedrängt haben: nirgends ist hier auch nur eine einzige Rundzelle zu entdecken, die mit den Bacillen irgend welche Beziehung hätte; auch im Präparat 7a und 7D, Bild 7a, 7b und 7c sehen wir zahllose Bacillen im Fundus und Ausführungsgängen von Drüsen liegen, ohne jede Spur von Zellen!

Denken wir uns nun solch' einen Bacillenkloss quer durchschnitten, so ergäbe das einen runden scheibenähnlichen oder auch kuge ligen, aus Bacillen bestehenden Haufen.

Solche Bacillenanhäufungen werden ziemlich allgemein Globi, Schollen, oder auch Leprazellen genannt: man hält sie für Zellen, die mit Leprazellen vollgedrängt seien.

Dass es sich hierbei aber um Zellen nicht handeln kann, wird durch 2 Thatsachen bewiesen.

1. Diesen Gebilden fehlt unter allen Umständen ein Kern. Ein solcher wird bei erwachsenen Zellen nur dann vermisst, wenn sie entweder verhornt sind — dann haben sie stets Plattenform — oder wenn sie im Zerfall begriffen, körnig degenerirt sind. Beides trifft aber hier nicht zu: die Gestalt der Bacillenhaufen ist immer rundlich, kuglig, eiförmig, keulen- oder bandartig; häufig haben sie eine ganz abenteuerliche Gestalt mit cacteenartigen Fortsätzen, die in verschiedene Ebenen und Richtungen hinausstrahlen (Präp. 10 und 11, Bd. 5), wie das sonst bei Zellen nie vorkommt.

Trübungen im supponirten Zellenleibe fehlen immer.

Man hat die hellen Flecke, welche die fraglichen Gebilde oft, aber nicht immer enthalten, Kerne genannt (Präp. 9, Bd. 6b). Das sind jedoch Vacuolen, bacillenfreie, wohl mit homogener Lymphflüssigkeit gefüllte Räume und keine etwa bläschenförmigen Kerne: denn sie nehmen nie Kernfärbung an; dagegen lassen sie sich bei geeigneten Durchschnitten als deutliche Canäle erkennen, welche den Bacillen-

haufen in 2 Theile spalten, indem sie ihn von einem Pol zum anderen durchsetzen (Präp. 12, Bild 6a) oder man sieht sie als tiefe, ungefärbte Einschnitte bis zur Mitte der rothen Bacterienmasse hinein gehen (Präp. 9, Bild b, c.) und auch Seitencanäle absenden (Präp. 13, Bild b, c.).

2. Die Contouren der „Leprazellen“ lösen sich bei Anwendung stärkerer Vergrösserung von Bacillen oder deren Abkömmlingen auf.

Oft ist die Begrenzungslinie eines solchen Bacillenconglomerates auch insofern eine nur scheinbare, als sich mit der Mikrometerschraube eine überraschende seitliche Verlängerung des ganzen Haufens erzielen lässt. Hie und da treten längliche Gruppen lose durch Zooglöa aneinandergehaltener Stäbchen aus einer Contour hervor, ein anderes Mal eine Schaar freier Bacillen, welche alle längs gestellt, dieselbe Verlaufsrichtung einnehmen (Präp. 7).

Die in Rede stehenden Gebilde scheinen mir, entsprechend der Unna'schen Auffassung, Thromben zu sein, in (meist erweiterten) Lymphgefässen und bestehen aus Bacillen, Bacillenresten, Zooglöa und geronnener, homogener Lymphflüssigkeit.

Für diese Auffassung bieten meine Präparate mannigfache Stützen dar:

a) Die rothen Bacillenmassen liegen zumeist in Hohlräumen, welche mit deutlichem Endothel ausgekleidet sind. Wir sehen das an fast allen Querschnitten, z. B. Präparat 14, Bild 7a. In 14, 7b sind einzelne Querschnitte von Blutcapillaren: endothelial ausgekleidete kreisförmige Hohlräume, gefüllt mit gelb schimmerndem Blute; in ihrer unmittelbaren Nähe liegen andere genau ebenso gestaltete, ebenfalls mit scharf ausgeprägtem Endothel versehene Röhrendurchschnitte, mit himbeerrother Bacillenmasse gefüllt. Die Blutcapillaren sind ohne Weiteres als solche kenntlich; sie unterscheiden sich von den bacillenführenden Lymphcapillaren lediglich durch den Inhalt. Ein Zweifel daran, dass die Bacillenhaufen sich hier wirklich in Lymphgefässen befinden, dürfte wohl kaum in dem Beschauer des Bildes auftauchen.

Hier im Präparat 13, Bild 7c erblicken Sie den Querschnitt von 3 nebeneinander verlaufenden, mit Bacillen dicht vollgepfropften Endothelröhren, welche doch nur Lymphgefässe sein können. In Präparat 7d, Bild 13a sehen wir stark erweiterte endotheliale Lymphräume, theilweise im Längsschnitt mit dichten Bacillenmassen gefüllt.

Nicht selten sieht man auch in solche quergetroffene bacillenführende Lymphgefässe kleinere hineinmünden, welche in der Längsachse geschnitten sind und ebenfalls mit Bacillen erfüllt sind (Präp. 10, Bild 8c u. 8a und Präp. 13, Bild 8b).

Präparat 16, Bild 9 zeigt die Einmündung feiner Capillaren und und primitiver intercellularer Lymphspalten in ein dilatirtes grösseres Gefäss.

Zahllose Längsschnitte von Bacillenthromben in Endothelschläuchen (id est Lymphgefässen) ergänzen die letzten Bilder und stützen die Unna'sche Lehre von dem Wohnsitz der Leprastäbchen im Lymphstromgebiete in wirksamster Weise, z. B. Präparat 11 u. 23, Bild 10.

In den folgenden Nummern, Präparat 17a, Bild 13b u. 17 (4 Präp. sub No. 17), sehen Sie ganze Schaaren längerer und kürzerer gebogener Längsschnitte von Bacillensträngen, meist in Endothelröhren, oft aber auch frei im Gewebe, strudel- oder wirbelartig von mehreren Centren auseinanderfahrend, tief in die Mucosa und Submucosa hineinziehen. Diese Anordnung spricht, ganz abgesehen von der schmalgestreckten Gestalt der Bacillenhaufen, ebenfalls für die erwähnte Auffassung.

Ist nun ein solcher Bacillenthrombus gerade dort quer durchschnitten, wo er aus einer Richtung und Ebene in eine andere umbiegt, so sehen wir bei einer Tubuseinstellung eine Scheibe oder das Stück einer Kugel und bei einer zweiten den in dieses sich fortsetzenden Längsthrombus. Das sahen wir auch bei den Bildern, die uns die Mündung eines feinen Gefässes in ein gröberes veranschaulichten (Präp. 10 u. 13, Bild 8).

Sehr kräftig wird die Annahme, dass die Bacillenhaufen in Röhren liegen, durch die Mikrometerschraube unterstützt. Dieselbe zeigt an sehr vielen Stellen, besonders an etwas dickeren Schnitten, dass die eine Hohlwand der Hülse, welche den Thrombus beherbergt, und deren andere Hohlwand schräg fortgeschnitten ist, dem Bacillenconglomerat wie eine Haube aufsitzt: bei Bewegungen der Schraube wird diese nämlich dergestalt hin- und herbewegt, dass die Bacillen sich ganz unter der freien, gebogenen Kante des Schrägschnittes verstecken, bezw. wieder hervortreten (Präp. 10, Bild 8A; Präp. 7 (d), Bild 8B).

Die Schleimhaut einiger Kehlköpfe zeigt in den aus ihr gewonnenen Schnitten insofern ein ganz besonderes Verhalten, als sie in nächster Nähe der Bacillenthromben Riesenzellenbildung erkennen lässt und zwar in grosser Menge, z. B. Präp. 24, Bild 12. Es scheint das Vorkommen derselben individuell verschieden zu sein; wie einzelne Autoren dieselben sicher und oft gesehen haben, andere ihr Vorhandensein in leprös erkrankten Partien des Körpers dagegen niemals beobachten konnten, so habe ich sie auch nur in 4 von 19 Kehlköpfen nachweisen können; warum in dem einen Falle Riesenzellen auftraten, in dem anderen nicht, kann ich nicht angeben: histo-bacteriologisch kann ich weder für das eine, noch für das andere Verhalten einen sicheren Grund finden.

Auf den ersten Blick machen viele dieser Bilder den Eindruck, als lägen die Bacillenhaufen — und nur in nächster Umgebung dieser Conglomerate finden wir Riesenzellen — im Innern der Zellen, als hätten letztere die Bacillen in ihren Leib hineingenommen. Dass ein derartiges Verhalten aber nur ein scheinbares ist, erkennen wir aus mehreren einschlägigen Bildern, an denen wir, wie z. B. an Präp. 9, 12, 24, Bild 13, die Wucherung der Endothelzellen verfolgen können; hier sehen Sie die fertigen Riesenzellen (Präp. 20, Bild 14).

Anmerk. In einigen Stücken zeigen viele Schnitte eine grosse Anzahl feiner rother Fäden in vielfacher Parallelzeichnung nebeneinander herlaufen, sich theilen und die Acini der Drüsenläppchen wie ein Korbgeflecht umspinnen. Ich habe diese rothen haarwellenähnlichen Schnüre (Präp. 18, Bild 11) früher alle für Bacillenstränge gehalten; jedoch finden sie sich in ihnen nicht immer. Es dürfte sich hier, was besonders an Querschnitten deutlich wird, um Nervenfäden handeln, in deren Markscheidenzwischenräumen sich gelegentlich Bacillenketten eingenistet haben.

BAYERISCHE STAATS- BIBLIOTHEK MUENCHEN

Wir erkennen daraus, dass nicht die Zelle das primäre Element darstellt, in welcher die Vermehrung eingewanderter Bacillen die Riesenbildung etwa zu Wege brachte und den Kern und die Zellsubstanz siegelringartig an die Seite drängte: nein, die Bacillen wirkten in ihrer Anhäufung an einer Stelle des Lymphrohres als Fremdkörper reizend auf die eine und andere Endothelzelle ein, in welcher eine reactive Kerntheilung beginnt, das Protoplasma der vergrösserten, zu krankhaftem Wachsthum angeregten Zelle kann dem Theilungsprocess nicht folgen und umfliesst die vielen neuentstandenen Kerne: es handelt sich um wahre Fremdkörperriesenzellen. Diese müssen sich bei weiterem Wachsthum, dem Lumen des Glasrohres entsprechend, rund ausbiegen (Präp. 22, Bild 16) und bilden schliesslich einen Theil des Lumens, in dem der strangartige Bacillenthrombus schon früher lag; dieser muss nun natürlich von der Riesenzelle umgriffen werden (Präp. 20 rechts unten, Bild 14c; Präp. 20, Bild 15; Präp. 22, Bild 16). Dass er nur von ihr umspannt wird, nicht aber in ihrer Substanz eingeschlossen liegt, erkennen wir aus Präparat 22, Bild 13. Wir sehen, dass die Riesenzelle sich durch Bewegung der Mikrometerschraube deutlich über die Bacillenmasse hinüber und wieder zurück verschieben lässt. Letztere liegt also unter der sie haubenartig umgebenden Zelle, aber nicht in derselben.

Einzelne Riesenzellen enthalten aber auch isolirte Bacillen wirklich in sich; das ist, meine ich, nicht schwer so zu erklären, dass einzelne Stäbchen, die früher zwischen den Zellen lagen, durch das Zusammenfliessen der Protoplasmaleiber mit in den Bereich der so entstandenen Riesenzelle hineingenommen wurden. Also spricht dieses, übrigens nur gelegentliche Vorhandensein von Leprabacillen in der Riesenzelle nicht gegen die Auffassung, dass ihr eigentlicher Wohnort zwischen den Zellen oder im Lymphstromgebiete zu suchen sei.

Viele Längsschnitte von Bacillenthromben mit seitlich anschliessender Riesenzelle, Präparat 20, Bild 15, machen das eigentliche biologische und räumliche Verhältniss dieser beiden Gebilde zu einander noch deutlicher: hier in Präparat 20, Bild 15 sehen wir eine mächtige Riesenzelle von der Wand des Gefässes, das nebenbei noch normales Endothel aufweist, abgehen, und den Thrombus umgreifen; oben und unten sehen wir die rothe Bacillenmasse aus der so gebildeten Halbrinne hervortreten. Es ist aber sehr bedeutsam, dass die weitaus meisten Riesenzellen an einer Stelle in fester Verbindung mit der Wand ihres Mutterbodens stehen, wie z. B. auch in Präparat 20, Bild 14.

In dem Präparat 20, Bild 17 sehen Sie, meine Herren, einen Thrombenlängsschnitt, an dessen einer Seite des Endothel noch normal ist, während auf der anderen Seite schon eine fertige Riesenzelle zu beobachten ist. Denken wir uns diese Stelle quer oder etwas schräg durchschnitten, so erhalten wir das Bild des darunter liegenden Thrombus. Diese Stelle ist deshalb besonders interessant, weil sie die nämlichen Verhältnisse im Längsschnitt wie im Querschnitt zeigt; wir sehen hier unten einen rothen, runden Bacillenhaufen, umgeben von einem blauen Ringe, den Endothelzellen, die an der einen Seite schon Wucherung und Gigantenzellbildung erkennen lässt: das sieht doch so

aus, als ob der Bacillenhaufen der Zelle incorporirt sässe, was aber in der That nicht der Fall ist.

Die Endothelwucherung ist oft so stark, dass die Riesenzelle, sich quer vor das Lumen des Gefässes legend, den Bacillenthrombus quer durchschneidet; wir können an Serienschnitten sehen, dass die Bacillenscheiben sich immer nur eine auffallend kurze Strecke verfolgen lassen, um nach einigen Schnitten durch eine Riesenzelle abgelöst zu werden. Ueberhaupt ist es leicht begreiflich, warum die älteren, aus dicht aneinander gepressten Individuen zusammengesetzten Bacillenstränge eine kürzere Continuität haben, als die jüngeren, langen, bandartigen, schlangengleichen Ketten, die, wie wir anfangs sahen, aus loser aneinander gereihten und minder zahlreichen Stäbchen bestanden; (wir können dieses Verhalten an vielen Längsschnitten einerseits, an queren Folgeschnitten anderseits beobachten).

Die Vermehrung der Bacillen und der Zooglöa in einem Lymphgefäss oder Spalt erreicht zu einer gewissen Zeit einen solchen Grad, dass der Stromlauf im Rohre behindert und zuletzt aufgehoben wird. Die unausbleibliche Folge der nun eingetretenen Ruhe ist, wie wir das ja auch bei den Blutgefässen sehen, Obliteration des Lumens, das ja zum grössten Theile nur durch die Bewegung ihres Inhalts offen und und klaffend erhalten wird. Die nun in einem Sack abgeschlossene Bacillenmasse vermehrt sich indessen weiter und dehnt sich und die sie umgebenden Wände langsam dorthin aus, wo sie den geringsten Widerstand von Seiten des Gewebes findet; hier und dort treten Fortsätze ganz unregelmässig in alle Richtungen und verschiedene Ebenen hinaus, und das ganze Gebilde wächst in seiner Breite und Dicke um ein Bedeutendes; aus solchem Wachsthum der Bacillenstränge ergeben sich dann die Bilder von Bacillenhaufen in den abenteuerlich-wunderlichen Formationen, welche wir vorhin gesehen haben, und wir erkennen diese nun als *einfache oder verzweigte Thromben in varicös dilatirten Lymphgefässen*, in denen die Endothelzellen ganz intact bleiben können oder durch Wucherung zur Bildung von Riesenzellen Veranlassung geben. Letztere finden wir nur dort, wo die Thromben eine gewisse Grösse und Dichtigkeit erreicht haben.

Wenn wir nach alledem mit Herrn Dr. Unna zur Ueberzeugung gelangen müssen, dass der gewöhnliche Aufenthaltsort der Leprabacillen in der tuberös-leprösen Nasenschleimhaut ausserhalb der Zellen und innerhalb des Lymphstromgebietes zu suchen ist, so müssen wir es, trotz der theoretisch-wissenschaftlichen Wichtigkeit dieser Thatsache, späteren Generationen anheimgeben, aus derselben practische Schlüsse zu ziehen, die dem ureigentlichsten Zwecke jeder Lepraforschung dienen könnten: der Ausrottung oder Heilung der Lepra.

Dass das Studium dieser entsetzlichen Seuche solch schönes und beglückendes Ziel in nicht allzufern gerückter Zeit erreichen möge, ist der herzliche Wunsch, mit dem ich schliesse, ist gewiss auch der Wunsch eines Jeden, der je einen Aussätzigen gesehen hat.

Herr **Unna** (Hamburg):

Mein gestriger Vortrag überhebt mich wohl, per longum et latum auf die Sache einzugehen. Ich möchte nur Missverständnisse für die

Zukunft vermeiden und vielleicht ein besseres Verständniss in einigen Punkten anbahnen.

Zunächst stimme ich in Bezug auf die Plasmazelle vollständig mit der Arbeit überein, die aus dem Jadassohn'schen Institut hervorgegangen ist. Ich habe in meinem Buch den Plasmazellen bei der Lepra, im Gegensatz zu anderen Krankheiten, einen zu grossen Raum eingeräumt, gestützt auf das Material, was mir damals zufällig vorlag. In den 3 letzten Jahren, wo ich sehr viel darüber gearbeitet habe, ist es mir nicht wieder so aufgestossen, und ich bin daher zu der Ansicht gekommen, dass, was die Zellen betrifft, die Plasmazellen wirklich die kleinere Rolle spielen, wie Dohi soeben gesagt hat. Aber es hat mich gefreut, dass er constatirt, dass er dort, wo gutes Plasma gut gefärbt ist — und die Plasmazellen lassen sich ja leichter färben, als alle anderen —, niemals einen Bacillus in dieser gut gefärbten Zelle angetroffen hat, wie ich auch. Diesen Schritt gehe ich gern entgegen; jetzt habe ich meine Seele gerettet. Aber im Uebrigen bin ich noch ganz so ein hartgesottener Sünder, wie 1885 und 86, und ich muss da auf ein paar Dinge aufmerksam machen, die wirklich an dieser Stelle dem sachverständigen Publikum einmal gesagt werden müssen, um nicht wieder in hundert kleinen Publikationen verzettelt gebracht zu werden. Es hat mich etwas verstimmt oder beschämt, dass man mir eine solche Geistlosigkeit zugetraut hat alle die 11 Jahre, dass ich mich immer wieder mit diesen Fragen beschäftige, ein gut Theil meiner Arbeitskraft hineingesteckt habe, um zu wissen, ob es drin oder draussen liegt. Begreifen Sie doch, dass die Frage deshalb für mich naturwissenschaftlich von so grossem Werthe war, weil ich von vornherein bei der Neisser'schen Publikation überzeugt war, und zwar einfach dadurch, dass ich einmal einen neuen Weg ging und neue Methoden anwandte, dass, wenn er in seiner ersten Publikation sagt: das Protoplasma ist der wahre Nährboden der Leprazellen, ich hingegen den Satz aufstellen wollte: die Lymphspalte ist der wahre Nährboden. In dieser Beziehung kann ich ja recht zufrieden sein. Die letzten Herren, die gesprochen haben, haben mir schon zum Theil aus der Seele gesprochen. Das ist ja ganz begreiflich: Jeder, der mir so viele Schritte entgegenkommt, wie Herr Dohi und wie Herr Bergengruen, wird natürlich ein ganz kleines Feld für sich übrig behalten wollen, wo ich noch nicht Recht habe. Das gönne ich den Herren. Herr Babes hat die Nervenzellen für sich, wo sie auch in den Zellen liegen; Herr Dohi hat auch einige Zellen, die er sicher dafür hält. Nur zu auf diesem Wege, wir werden uns schon sicher verständigen. Ich behaupte, dass mit meinen Methoden Sie auch dermaleinst einsehen werden, dass, was Sie da für schöne Zellen oder constatirte Zellen oder für sichere Zellen halten, bei einer anderen Färbung sich Ihnen selbst darstellen wird als Bacillen und Abkömmlinge von Bacillen und weiter nichts, die durch ihre Aufschwemmung und die dadurch angenommene Kugelgestalt immer Zellen vortäuschen, die grosse Verschiebungen im Gewebe machen. Auch das gebe ich ja zu und habe es sogar beschrieben, dass secundär einmal ein gebildeter Globus in eine Zelle hineinkommen kann, theils durch Umwachsung, theils durch Druck und Verschiebung. Aber das hat mit der Urfrage nichts zu thun, ob sie ursprünglich in den Zellen

waren. Wenn mir jetzt wieder eine Leprazelle gezeigt wird mit einem anscheinenden Hohlraum darin, und in dem Hohlraum lustig schwimmend einige Bacilleu und der Herr sagt: da haben Sie es in der Zelle! — dann hat der Herr wieder nicht verstanden, worauf das Problem ruht. Ich sage ja seit elf Jahren: dieser Hohlraum ist kein Hohlraum. Ich kann diesen Hohlraum als etwas Solitäres darstellen, und wer sagt mir, dass diese Leberzelle nicht absolut so ist, dass das eingedrückt ist und das hat durchgeschnitten und er sieht den nicht gefärbten Raum mit Bacillen drin. Die Herren glauben, sie erschrecken mich. Natürlich macht das auf mich nur den Eindruck, dass man die ganze Sache nicht verstanden hat, worauf ich seit 11 Jahren hindeute. Ich sehe ja solche Sachen täglich, habe mir aber immer etwas Anderes dabei gedacht. Ich bitte doch die Herren, die jetzt über diese Frage arbeiten wollen, einmal darauf einzugehen, dass ich im Jahre 1885/86 mir die Mühe gegeben habe, diese sonderbare Substanz unter allen möglichen Verfahren, mit allen möglichen Einbettungsmethoden zu untersuchen und gefunden habe, wo denn eigentlich die Täuschung liegt. Es ist eben nicht möglich, mit der Alkoholmethode hier diese Contouren zu vermeiden, die aber vollständig wegfallen, sobald das, was dort ungefärbt ist, differential gefärbt ist. Dann sieht es Jeder und noch Jeder, der die Differentialfärbung gemacht hat, alle meine Schüler sind zu derselben Ansicht gekommen. Nur einer hat die Sache von sich abgewiesen, weil er, als auf der Höhe der Histologie stehend, die differentielle Färbung nicht angestellt hat. Auch Herr Babes wird, wie ich ihn heute kennen gelernt habe, niemals zu der Ueberzeugung kommen, dass die Bacillen uicht in den Nervenzellen waren, — weshalb? Weil er mir mitgetheilt hat, dass er Histologe wäre und seine Methoden besser wären als meine, während ich gar nicht von besseren Methoden gesprochen habe, sondern von ganz anderen Methoden, den Methoden, die wir als Naturforscher für jedes neue Naturproduct uns erst erfinden müssen, damit wir zu differentialdiagnostischen Färbungen kommen, die man von vornherein nie weiss. Also wenn Herr Babes die verschiedensten Methoden zur Hand hat und solche Präparate einstellt, wie dort, wo weder Protoplasma, noch Gloea gefärbt ist, und sagt: Sie sehen Bacillen — und gewiss sehe ich sie auch — der soll mir imponiren! Kann es nicht ebenso sein, dass in dem Nervenhohlraum, der von der Ganglienzelle ausgefüllt wird, von der Seite her durch die Lymphbahnen die Bacillen hineindringen, alles verdrängen, indem sich jetzt die Gloea ausbildet, und in demselben Maasse die Ganglienzellen atrophiren? Seine Präparate scheinen mir sehr für eine solche Doppelnatur dieser Dinge zu sprechen. Aber hat er sich die Mühe gegeben, mir auf meinem Wege zu folgen? Kann ich nicht verlangen, dass, wenn man mit wirklicher Anstrengung so weit kommt, alle möglichen Methoden vorzubringen, dass er dieselben Sachen erst nachmacht, die ich gemacht habe, und so lange sein definitives Urtheil vertagt? Ich glaube, wenn wir hier nicht im Kreise von Leprologen, sondern von Physiologen und Chemikern wären, wäre das selbstverständlich. Jede Frage, welche etwas Unklares hat, muss von allen Seiten in Angriff genommen werden. Also das glaube ich verlangen zu können, und ich sehe, dass jüngere

Herren, mit denen ich das gemacht habe, jetzt endlich auf der Bahn angekommen sind, auf der ich schon seit 1885 geschritten bin und die mich in allen diesen Jahren zu demselben Resultate geführt hat.

Was die . . . schen Riesenzellen betrifft, so ist das eine gefährliche Sache. Er schickt mir seine Präparate. Ich kann dafür einstehen, dass es so ist. Ich hatte es früher nicht gefunden, mache aber darauf aufmerksam, dass es Erytheme waren von sehr langem Bestand, welche ziemlich hypertrophische Haut darstellen. In meinen Erythemen habe ich das auch nie gefunden. Aber ich kann für seinen Befund einstehen.

Nun noch etwas zum Schluss. — Ich bin gar nicht der Süchtige, der überall Zellen in Nichts auflösen will, speciell wenn ich darüber noch nicht zu Resultaten gekommen bin. Wenn ich die vom Vorsitzenden geschaffene Leprazelle nicht anerkennen kann, wenn ich seit vielen Jahren daran gearbeitet habe, sie aus der Zellenlehre herauszuschaffen, dann glauben Sie, dass ich nichts destoweniger ein eingefleischter Zellentheoretiker bin, der seine Aufgabe so hoch fasst, dass ich nichts in der Zellenliteratur dulden möchte, was nicht dahin gehört, und der glaubt, die Zellentheorie herabzuziehen, wenn er Dinge hineinnimmt, die ganz etwas Anderes sind.

Herr **Muschold** (Berlin):

Ich halte mich an das, was ich beobachtet habe und was ich den Herren zu zeigen die Ehre hatte. Zunächst habe ich aus den Angriffen des Herrn Unna auf die gezeigten Präparate von unseren Leprabacillencolonien, die innerhalb einer Leberzelle steckten, gesehen, dass Herr Unna sich nicht die Mühe gegeben hat, die Erklärung, die ich dazu gab, mitanzuhören. Ausserdem habe ich gesehen, dass Herr Unna die Zellen in diesen Präparaten nicht genügend sich angesehen hat. Wenn er hier ohne Weiteres ausspricht, dass es von mir ein Missverständniss ist, dies eine Präparat derart zu deuten, so bin ich in erster Linie dazu veranlasst, einen solchen Vorwurf zurückzuweisen. Es handelt sich thatsächlich in dem Präparat, das ich da zeigte, um eine Leberzelle, die als solche zweifellos überall zu sehen war. Man sah in der Mitte der Leberzelle — ich denke vorläufig an ein Bild in einer Ebene — eine compakte Leprabacillencolonie. Diese Bacillencolonie war gleichmässig umgeben von einem hellen, stark lichtbrechenden Saum, der von dem übrigen Inhalt der Zelle durchaus nicht bestimmt abgegrenzt war, wie man das bei den Vacuolen sieht. Ich habe nicht behauptet, dass da eine Leprabacillencolonie frei herumschwimmt, sondern im Gegentheil, ich habe betont, dass die Leprabacillencolonie sammt ihrer stark lichtbrechenden Umgebung, ihrem stark lichtbrechenden Inhalt, ein so compaktes Gebilde darstellt, dass es sogar mechanisch auf die Form des Kerns eingewirkt hat. Man sah nämlich den Kern nicht rund, sondern wurstförmig hineingelagert, und wenn ich einen Durchschnitt durch die Wurst machte, dann lag der Durchschnitt parallel zur Objectträgerfläche nicht etwa, als wenn die Colonie von oben gedrückt hat und den Kern nur so herabgedrückt hat. Ausserdem ist der Kern das widerstandsfähigste Gebilde der Zelle. Ein derartiger Eindruck von aussen hätte nicht eine derartige Form herbeige-

führt. Die Form kann sich nur allmählich gebildet haben unter dem dauernden Einfluss dieser Bacillencolonie, die allmählich gewachsen ist. Der Kern ist sozusagen in seine Form hineingewachsen nach Maassgabe des Raumverhältnisses, das ihm gegeben war von Seiten der Bacillencolonie, die innerhalb der Zelle ist. Diese Kernveränderung betone ich in erster Linie.

Zweitens habe ich Herrn Unna gesagt: die Einstellung des Mikroskops in einer Ebene muss mir klar machen, ob das Ding in der Zelle oder ausserhalb der Zelle liegt. Wenn es auch nicht entscheidend dafür ist, so ist es jedenfalls mit eine überzeugende Demonstration. Ich habe gesagt: der Zellkern erscheint am schärfsten bei der gleichen Einstellung ebenso bei der Zellencolonie.

Ich begreife überhaupt nicht, wie Jemand nur einen einseitigen Standpunkt vertheidigen kann. Dass die Bacillen in den Zellen auch vorkommen, das haben wir genugsam gehört. Ich sehe auch gar nicht ein, warum sie nicht darin vorkommen könnten. Der Organismus bewegt sich nicht in einseitigen, sondern in möglichst vielseitigen Verhältnissen, und ich möchte darauf hinweisen, dass gerade die Leber und die Milz auch interessante Dinge in dieser Beziehung bieten. Also in der Arbeit, die in dem späteren Bande der Verhandlungen und Mittheilungen der Lepra-Conferenz erscheinen wird, ist folgende These aufgestellt: dass die in den interstitiellen Bindegewebsräumen der Lepra häufig anzutreffenden Gebilde, welche aus stark lichtbrechenden, anscheinend kugeligen Massen bestehen und statt dessen als ganz dichte Bacillenzüge sich zeigen, am einfachsten als Lymphthrombenkonglomerate aufzufassen sind. Ich habe in der Milz nachgewiesen, das diese Vorliebe der Leprabacilleu für das Bindegewebe und wesentlich für diejenigen Stellen des Bindegewebes, wo sie dem Saftstrom am nächsten sind, auch bei der Milz zutrifft. Wir haben in der Oberfläche der Milz andere Verhältnisse, als an der Leber. Ich habe nachgewiesen, dass sie an dem reticulären Stützwerk der Milz haften. Ich habe an allen Stellen des Präparates, wo ich das reticuläre Stützwerk der Milz fein präparirte und die Zellen herabgefallen waren und gleichzeitig Leprabacillen waren, gesehen, dass die Bacillen ganz bestimmt den Netzzügen des Stützwerkes folgen. Ich glaube, diese Präparate waren auch überzeugend in diesem Sinne. Aber ich habe auch die Bacillen in den Zellen gesehen, in den Milzzellen.

Ich möchte hier nur zum Schluss bemerken: wer über die Verhältnisse klar werden will, der studire einerseits die interstitiellen Bindegewebsräume der Leber, ausserdem die Verhältnisse der Leberzellen zu den Capillaren. Ich habe auch in den feinsten Capillaren Colonien gefunden und nicht im Endothel, ganz genau, wie dies Herr Hansen in seinem Werke abgebildet hat, und ich stehe auf dem Standpunkt: es ist durchaus einseitig, sowohl eine extracelluläre ausschliessliche Lage, als eine ausschliesslich intracelluläre Lage der Leprabacillen anzunehmen, sondern die Ansicht ist die einzig richtige, dass beide Lagenverhältnisse für die Leprabacillen zutreffen, und zwar halten sich die Leprabacillen in der Leber mit Vorliebe an das intraglobuläre Bindegewebe, in der Milz an das retikuläre Stützwerk.

Herr **Lubarsch** (Rostock):

Ich bin durch die Präparate, welche Herr College Bergengrün mir seiner Zeit unterbreitet hat, und welche ich auch weiterhin noch untersucht habe, etwas in die Sache eingedrungen, und zwar speciell in die Frage der intracellulären und extracellulären Lagerung der Leprabacillen. Ich trete ja nicht mit Liebe oder mit Hass an die Frage heran, ich bin nicht in irgend einer Weise für diese Fragen engagirt und habe mir deswegen durchaus objectiv die Dinge ansehen können.

Auf Grund der Präparate von Herrn Bergengrün bin ich zu der der Ueberzeugung gelangt, dass allerdings die Leprazellen sehr viel häufiger extracellulär liegen, als man bisher angenommen hat, und dass namentlich auf der Kehlkopfschleimhaut diese Verhältnisse vorhanden sind. Ich habe aber nach dem Weggange des Herrn Bergengrün noch eine andere Reihe von seinen Objecten untersucht und mich davon überzeugen können, dass z. B. in der Leber, wenigstens in einzelnen Fällen, das Verhältniss wiederum ein ganz anderes sein kann und man hier eine häufigere intracelluläre Lagerung findet, als das gerade in der Schleimhaut beobachtet wird. Wenn Herr Unna meint, dass durch seine neue Methode, die ja jedenfalls ausserordentlich interessant und dankenswerth ist, nun etwas gezeigt würde, was absolut auf keine andere Weise wahrnehmbar wäre, so halte ich das nicht für vollkommen richtig. Ich habe gerade diese Bacillenthromben von Herrn Bergengrün, nicht nur gefärbte, sondern auch ungefärbte, nicht nur nach einer Methode gefärbt, sondern nach verschiedenen Methoden gefärbt, angesehen, und da ergiebt sich, dass, namentlich wenn man die Entfärbung auch sehr stark vornimmt, man sehr wohl sehen kann, wie um die Hauptmasse der Bacillen herum noch eine Masse ist, die man mit unseren bisherigen Methoden nicht gut definiren kann. Es ist sicherlich ein Fortschritt, wenn uns Herr Unna noch eine Methode giebt, durch die wir sehen, dass das eventuell zu grunde gegangene Bacillen sind. Aber wir sehen doch, wo zu grunde gegangene Bacillen sind, niemals ein einfaches Loch, und wo wir ein Loch sehen, ist thatsächlich nichts vorhanden und kann nach keiner Methode etwas nachgewiesen werden, und ich glaube auch, es ist kein ganz billiges Verlangen von Herrn Unna, wenn er meint, dass wir bloss seine bestimmten Methoden zur Untersuchung benutzen dürften. Es ist ja gerade eines der grössten Verdienste, die unser verehrter Lehrer und Präsident stets gehabt hat, dass er darauf aufmerksam gemacht hat: man darf nicht einseitig nach einer Methode die Dinge untersuchen, sondern man muss eben die verschiedensten Methoden heranziehen, und ich habe mich gerade in diesem Falle auch bemüht, diese verschiedenen Methoden heranzuziehen und habe in diesen Präparaten u. a. von der Leber gerade genau solche Bilder erhalten, wie sie Herr College Muschold uns demonstrirt hat. Ich habe dann im übrigen auch noch eine besondere Protoplasmafärbung angewandt. Ich habe erst mit Eisen-Hämatoxylin, dann mit Säuren nachgefärbt, dann die Bacillenfärbung besonders vorgenommen, und dann ergiebt sich: man konnte oft ziemlich in der Mitte, bei anderen Umständen etwas excentrisch, einen Hohlraum sehen. Das

Protoplasma ist gelb gefärbt, der Kern schwarz und die Bacillen röthlich gefärbt, und dann sieht man eventuell noch das Loch neben den Bacillen, also das Nichts, was da ist.

Bezüglich der Riesenzellen schien von einem der Herren Collegen die Sache so dargestellt zu werden, als ob ein gewisser Gegensatz darin liegen könne, ob man diese Riesenzellen als Fremdkörperriesenzellen oder als Endothelwucherungen auffasst. Ich glaube, dass die Riesenzellen, wie sie Herr Bergengrün speciell abgebildet hat, im Wesentlichen aufgefasst werden müssen als Fremdkörperriesenzellen. Zuerst ist der Bacillenglobus da. Der wirkt als ein Fremkörper, etwa wie ein Schwammstückchen oder wie ein Pflanzentheil und darum bilden sich dann Riesenzellen, und zwar in der Weise, dass hier die Endothelien anfangen zu wuchern, dann zusammenfliessen und mit ihrem Protoplasma den Bacillenglobus umklammern und schliesslich dann sich ebenso incorporiren, wie man das bei anderen Riesenzellen zu sehen bekommt. Es ist also zwischen Lepra-Riesenzellen und Tuberkel-Riesenzellen der principielle Gegensatz, dass wir nach Weigert'schen Anschauungen ja von der Tuberculose annehmen, es gelangen einige wenige Bacillen in eine Zelle hinein, vermehren sich sehr stark, regen eine Kerntheilung an, der aber die Protoplasmatheilung nicht nachkommen kann, weil es zur Schädigung des Protoplasmas durch die Bakteriengifte kommt. Hier dagegen müssen wir uns die Sache bei der Leprariesenzelle ganz anders vorstellen. Da ist zunächst der grosse Bacillenhaufen frei. In den Lymphgefässen haben sich die Bacillen vermehrt und wirken nun als ein Fremdkörper, bringen eine Endothelwucherung hervor. Diese Endothelien fliessen dann zusammen. Also nicht aus einer Zelle, sondern aus mehreren Zellen entsteht die Riesenzelle, und so wird der Globus umklammert. Das ist ja natürlich eine Theorie. Aber ich glaube, nach unserer gesammten Anschauung über die Verhältnisse der Riesenzellen ist das das weitaus Wahrscheinlichste und dasselbe ist zutreffend für die Riesenzellen, wie sie z. B. Herr Schäffer in seinen Präparaten demonstrirt. Ob alle die den vollen Langhans'schen Typus haben, ist mir zweifelhaft; erklären könnte man es auch. Es ist auch ein eigenthümliches Verhältniss der Kernleiber mit den Fremdkörperriesenzellen nachgewiesen worden; dass sie nämlich eine gewisse Vorliebe haben sich anzuordnen nach der Richtung, in der der Fremdkörper auf sie einwirkt, und auch das ist gerade in dem Präparat vom Collegen Bergengrün zu sehen.

Herr **P. Musehold** erläutert an mikroskopischen Präparaten und nach solchen hergestellten Zeichnungen die Lage der Leprabacillen in Leber und Milz; er zeigt unter anderem eine Leberzelle, in welcher sich eine Leprabacillencolonie angesiedelt und den Kern bei Seite gedrängt und zur Annahme einer Wurstform gezwungen hatte; ferner Bacillenzüge am reticulären Stützwerk der Milz und eine freie Colonie innerhalb einer Lebercapillare.

M. vertritt auf Grund seiner Untersuchungen die Anschauung:

1. Dass für die Leprabacillen sowohl das extracellulare, wie das intracellulare Lageverhältniss zutrifft; in der Leber siedeln sich die

Bacillen am massenhaftesten in dem interstitiellen (interlobulären) Gewebe an, in der Milz halten sie sich mit Vorliebe an das reticuläre Stützwerk.

2. Dass die innerhalb grösserer Bindegewebszüge, namentlich häufig im interstitiellen Gewebe der Leber anzutreffenden bacillenerfüllten Gebilde, welche aus zusammengelagerten stärker lichtbrechenden Kugeln bestehen, am einfachsten als Lymphthrombenconglomerate zu deuten seien.

3. Dass in vorgeschrittenen Leprafällen auch im kreisenden Blute der Nachweis von Leprabacillen verhältnissmässig häufiger gelingen müsste, als dies bisher geschehen.

Herr **Schäffer** (Breslau):

Ich bin nach andauernder Beschäftigung mit der Frage zu der Anschauung gekommen, dass die Leprabacillen sämmtlich intracellulär liegen. Ich lasse Präparate herumgehen. Das eine Präparat ist ein Ausstrich von Nasenschleim von einem Leprösen. Ich glaube, hier kann man mit Sicherheit sagen, dass Zellen vorliegen. Man kann vielleicht einwenden, dass derartige Ausstrichpräparate keine sehr gute Methode sind. Es ist aber eigentlich genau dieselbe Methode, auf welche sich Herr Unna bei seinem Antrocknungsverfahren beruft, und speciell mit Rücksicht darauf möchte ich Sie bitten, dies Bild anzuschauen. Man sieht hier, dass bei jedem Kernprotoplasma, resp. mindestens in den ersten Stadien der Zelle, dass in dem Protoplasma eigenartige Degeneration entsteht, Vacuolisirung, der Kern angefressen wird, manchmal perforirt wird. Ich möchte auch auf diesen Punkt nicht so grossen Werth legen. Ich meine, wenn das Protoplasma nachher direct aus dem Kern ausgedrängt wird, dass äussere Schädigungen auch den Kern perforiren können. Aber dieses Bild macht doch mit Bezug auf die Einzelheiten die intracelluläre Lagerung ausserordentlich wahrscheinlich.

Ich habe mich ferner bemüht, eine Methode zu finden, bei welcher das Protoplasma gut gefärbt wird, und speciell scheint mir diese Methode geeignet zu sein, das Protoplasma der Leprazellen besonders deutlich zu färben. Ich bitte Sie, dieses Bild anzusehen. Wir finden hier Hunderte von dem, was wir als Leprazellen ansehen, nebeneinander, und ich wüsste eine andere Deutung nicht. Es ist das eine Methode, bei welcher die saure Entfärbung vollständig vermieden wird, eine Entfärbung mit Aethylendiamin, welche die Structurverhältnisse sehr gut erhält. Wie Herr Bergengrün mehrfach hervorhob, glauben wir nicht etwa, dass die Leprazellen in Rundzellen liegen. Das sind eben die Virchow'schen Leprazellen, welche mit den Rundzellen, so weit man am Präparat sehen kann, nichts zu thun haben.

Es ist ausserordentlich wichtig, die Frage an der Hand von Serien zu entscheiden. Wenn man annehmen will, dass die Leprazellen in präformirten Kanälen liegen, so ist es doch das Allernächstliegende, das an Serien nachzuweisen, die vielleicht wenigstens 2, 3 mm des Gewebes treffen. Dann müssen wir doch sehen, ob das Kanäle sind. Ich habe aus diesem Grunde vor einem Jahre etwa Herrn Kollegen Dohi den Vorschlag gemacht, die Frage zu bearbeiten. Er hat da-

mals gleich gesagt: Das sieht ja aus, als ob die Bacillen in Endothel gekleidete Gefässe wären. Er ist damals aus äusseren Gründen nicht länger bei uns gewesen und hat die Frage nicht selbst bearbeitet. Ich selbst habe aber die Bearbeitung übernommen und bin zu dem Schlusse gekommen, dass die grösste Mehrzahl wie in Endothel gekleidete Gefässe aussehen. Das lässt sich sehr gut erklären, weil der Ausgang von dem, was ursprünglich eine Leprazelle war, zum Schluss vielleicht diesen Namen nicht mehr verdient. Man muss diese Frage studiren, indem man bei den Anfangsstadien beginnt. Wenn die Bacillen so ausserordentlich reichlich gewuchert sind, wie in dem Präparat von Bergengruen, dann ist es nicht mehr möglich, zu entscheiden: ist das ursprünglich eine Zelle gewesen oder nicht. Nachher haben ja die Bacillen so sehr die Oberhand bekommen, dass schliesslich derartige Gebilde herauskommen müssen. Ich habe jetzt ein Präparat herumgereicht: das sind grosse Leprazellen, wo man noch Alles deutlich sieht, die Contur, das Protoplasma und den Kern, der nachher in eigenartiger Weise durch die Vacuolisirung modificirt worden ist.

Was die Frage der Riesenzellen anbetrifft, so verweise ich auf die Demonstrationsobjecte, die ich aufgestellt habe, und die Mikrophotographieen. Man darf nicht die gewöhnliche Riesenzelle und die typische Langhans'sche Riesenzelle verwechseln. Die letztere halte ich für ausserordentlich selten. Ich habe in 20 Hautlepromen, die ich speciell mit Bezug auf sie untersucht habe, sie nur dreimal finden können. 2 von den Präparaten sind ausgestellt.

Herr **Neisser** (Breslau):

(Siehe Anhang zu Band II.)

Herr **Unna** (Hamburg):

Ich habe niemals behauptet, dass die Herren nur meine Methode anwenden sollen; ich bitte Sie nur, auch meine Methoden anzuwenden.

Bezüglich des Kernes hat Herr Musehold die mich überraschende Entdeckung gemacht, dass er sehr formbeständig ist und grossen Widerstand leistet. Ich habe bei aller meiner histologischen Thätigkeit bis jetzt das Gegentheil gefunden. Ich bitte Herrn Musehold, einmal gewöhnliches Fettgewebe zu studiren. Da haben Sie eine grosse, drückende Gruppe, einen Globus von Fett. Der drückt natürlich zunächst auf den Kern der Zelle, der drückt aber auch auf die Zellen, welche ganz ausserhalb in den feinen Bindegewebssäften dazwischenliegen, und was sehen wir? Keinen Widerstand des Kerns für die Kraft, die von ausen kommt, sondern einen meist — wenn es nach der Ecke liegt, — nach Tetraedern geformten Kern, der alle . . . mitmacht, die aussen an den Zellen vorkommen.

Die Rolle der Erblichkeit.

Herr **von Düring** (Constantinopel):

Wie für die Syphilis und für die Tuberculose ist es durchaus verkehrt, von einer Heredität dieser Infectionskrankheit zu sprechen. Die Lepra wie die Tuberculose, wie die Syphilis können nur durch con-

genitale Contagion übertragen werden. Das könnte als eine Wortklauberei erscheinen. Ich halte es aber für sehr wesentlich, diesen Punkt zu betonen, weil wir sonst noch stets von der Heredität und von der atavistischen Heredität zu hören bekommen. Der Nachweis irgend eines Leprafalls in einem entfernten Zweige der Familie darf uns niemals dazu verleiten, von einer Heredität zu sprechen. Ich stehe in dieser Hinsicht durchaus auf Baumgarten's Standpunkt. Für mich ist der grösste Theil der Tuberculösen, die wir in späteren Lebensjahren beobachten, nur das Resultat einer congenital erfolgten Infection. Das, was wir in der Jugend als tuberculösen Habitus bezeichnen, ist nur der Abdruck des Kampfes, den die im Körper weilende Infection mit dem Organismus führt. Ich glaube nicht in dem Sinne, wie es vielfach noch geschieht, an eine Disposition für die Contagion. Es ist ganz selbstverständlich, dass die Nachkommen an infectiösen Krankheiten leidender Eltern einen geschwächten Organismus haben. Ich glaube, dass, wenn wir das Kind einer Leprösen aus der Lepragegend entfernen und unter recht günstige Bedingungen für tuberculöse Infection setzen, dieses Kind ebenso leicht Tuberculose bekommen wird, wie z. B. das Kind aus einer tuberculösen Familie. In diesem Sinne also kann von einer specifischen Disposition nach meiner Ansicht nicht die Rede sein. Der geschwächte Organismus eines aus kranker Familie hervorgegangenen Kindes wird für jede Art von Infection stets prädisponirt sein.

Den besten Beweis für die Contagiosität und die Heredität in dem alten Sinne der Disposition für eine Infection der Lepra bietet der ganze Orient und speciell Constantinopel. Sie haben in Constantinopel vier Nationalitäten nebeneinander, die gegenseitig vollständig voneinander abgeschlossen sind. Sie haben als diejenige, die das grösseste Contingent zu den Leprösen stellt, die spanischen Juden, die Spaniolen, wie sie dort genannt werden. Diese spanischen Juden sind im Jahre 1492 nach der Türkei gekommen, als in Spanien unter Ferdinand dem Katholischen die Juden verfolgt wurden, und haben sich in der Türkei hauptsächlich in Salonich, Constantinopel und Adrianopel niedergelassen. In Constantinopel selbst finden wir nun endogene Lepra, d. h. Lepra, die in Constantinopel entstanden ist, eigentlich nur unter den spanischen Juden. Alle Fälle von Lepra bei Türken, Griechen und Armeniern, die wir zu sehen bekommen, sind Fälle, die aus dem Innern kommen. Wenn ein Türke — bis vor Kurzem wenigstens — und ein Grieche Zeichen der Lepra hatte, wurde er auf Gemeindebeschluss mit Zwang aus der Familie genommen und entweder in die sogenannte Miskin-Hânes gebracht oder in die Leprochorien der Griechen. Infolgedessen wurde dieser Kranke sofort isolirt, und wir sahen daher in Constantinopel keinen Fall von Contagion unter diesen Leuten. Sehen wir einmal einen Fall von endogener Lepra bei einem dieser Leute, so sind das Eingewanderte. So habe ich vor Jahren einen Fall beobachten können von einem jungen Mädchen, das von Conscoundjonk mit ihren Eltern in einen Ort auf der asiatischen Seite verzog. Dort ist das Kind in Contact gewesen mit einer jüdischen Familie, in der ich Lepra behandelte, und 5 Jahre nachher ist bei dem Mädchen Lepra ausgebrochen. In der directen Nachbarschaft des Mädchens war von Lepra nicht die Rede, die Vorfahren stammen aus Chios, man darf also nicht

von atavistischer Hereditát sprechen, sondern die Contagion liegt nahe. Ausserdem habe ich kürzlich einen ganz ähnlichen Fall bei einem Griechen gesehen. Es handelte sich um einen Mann aus Janina, der vor 15 Jahren Janina verlassen hat, auf einer der Pilgerinseln im Marmorameer wohnte und verheirathet war mit einer Griechin. Diese Griechin stammte von den Prinzeninseln her, hatte sie nie verlassen und ist 15 Jahre verheirathet. Der Mann kam mit den Anfangsstadien der Lepra zu mir. Ich suchte natürlich die Anamnese festzustellen und er theilte mir mit, dass er von Lepra nichts wisse, aber mir seine Frau schicken werde, welche an Knötchenausschlag im Gesicht leide. Nach einigen Tagen wurde mir die Frau gebracht, die sich in sehr vorgeschrittenem Stadium befand. Dass hier Contagion des Ehemanns durch die Frau näherliegt, als dass der Mann seine Lepra 15 Jahre vorher aus Janina hergebracht hat, scheint mir wahrscheinlich, aber das muss Jeder mit sich selber abmachen. Eine ganz bedeutende Rolle spielt, was schon während dieser Tage als prophylactische Maassregel erwähnt worden ist, die Reinlichkeit. Es ist eigenthümlich, wie wenig Contagion unter den Einwohnern dieser Miskin-Hânes — Leprochorien habe ich noch nicht gesehen — statt hat; und sie müsste vorkommen, denn die Männer haben das Recht, sich gesunde Frauen aus der Stadt zu holen, die dann mit in den Miskin-Hânes wohnen. Die Türken sind aber am Körper so sauber, dass sie in der Poliklinik eigentlich jeden Patienten sich sofort bis aufs Hemd und die Haut ausziehen lassen können. Er hat ein reines Hemd, reine Hände, reine Füsse, er ist am Körper rein, und dass diese Reinlichkeit, die natürlich auch in den Miskin-Hânes von den Türken beibehalten wird, einen grossen Schutz gegen die Contagion bietet, ist zweifellos. Dagegen leben die Israeliten ganz eng zusammen, und ich habe noch nie einen Israeliten im Hospital gesehen. Sie geben nicht zu, dass selbst die schwersten Stadien der Lepra aus den Familien genommen werden, und so habe ich in derselben Familie Fälle schon sterben sehen, wo jetzt die jüngeren Kinder mit beginnender Lepra in meiner Behandlung sind. Diese Beobachtung aus dem Orient: endogene Lepra nur bei den spanischen Israeliten, nicht bei den deutschen, österreichischen oder galizischen, ist nur darauf zurückzuführen, dass diese spanischen Israeliten mehr untereinander in der Familie bleiben, während die von auswärts, von Klein-Asien, den Inseln kommenden Griechen und Türken von ihren Familien sofort isolirt werden.

Auch hier wieder tritt das hervor, dass von Erblichkeit eigentlich nicht die Rede sein kann — Erblichkeit etwa in dem Sinne, wie man es früher nannte. Es ist ja eine Ansichtssache und Geschmackssache, wie man das im einzelnen Falle benennen will, dass die Kinder aus einer solchen Ehe später im täglichen Leben inficirt worden sind oder wie viel davon congenitale Contagion ist. Ich neige mehr dahin, hauptsächlich eine congenitale Contagion anzunehmen. Ich konnte z. B. Herrn Collegen Ehlers in Konstantinopel einen sehr interessanten Fall in dieser Hinsicht zeigen. Es handelte sich um eine Familie, wo die Frau seit etwa 12 Jahren erkrankt war. Ich selbst habe sie 9 Jahre in Beobachtung gehabt und konnte sie Collegen Ehlers noch zeigen; inzwischen ist sie gestorben. Aus dieser Ehe waren 4 Kinder zu unter-

suchen, der älteste Sohn ist mein Schüler, ein Mann von 18 Jahren; der zweite Sohn ist etwa 13 oder 14 Jahre, der dritte ungefähr 10 Jahre und dann war ein Kind da von 6 oder 7 Jahren. Der Aelteste hat absolut keine Symptome von Lepra, der Zweite ist suspect, der Dritte hat ausgesprochene Lepra, und die ausgesprochenste Lepra findet sich bei dem Kinde von 6 bis 7 Jahren. Will man dieses nun so erklären, dass dieses Kind die Lepra mit zur Welt gebracht hat zu einer Zeit, wo die Mutter schon in einem vorgeschrittenen Stadium war, oder so erklären, dass dieses Kind in inniger Berührung mit der Mutter war, während sie schon vorgeschrittene Lepra hatte, so muss ich sagen, dass beide Erklärungsweisen ihre Berechtigung haben und ein Streit absolut fruchtlos sein würde.

Nach allem, was ich im Orient gesehen habe, muss ich meine Beobachtung in die Sätze zusammenfassen: Die Lepra ist im Orient genau so contagiös, wie überall, sie geht von selbst dort zurück, wo das Volk sie isolirt, sie nimmt dort zu, wo das Volk sie nicht isolirt, und Alles, was ich von sogenannter Heredität gesehen habe, lässt sich nur durch congenitale Contagion erklären, eine Heredität im Sinne der alten Disposition giebt es nicht.

Herr **Olaya Laverde** (Socorro):

Au sujet de la contagiosité de la lèpre nous apportons les faits suivants dont nous avons été témoins:

Dans la République de Colombie, le Département d'Antioquia était le seul endroit du territoire qui fût absolument indemne, à tel point que les médecins cherchaient l'explication de ce fait dans des considérations d'ordre climatologique. Or, il y a 40 ans, un habitant d'Antioquia, étant allé passer une dizaine d'années à Cundinamarca, revint dans son pays avec une maladie qui fut méconnue et traitée a tort pour la syphilis, ce malade était lépreux; 3 ans après, la fille ainée de cet homme devenait lépreuse, un ami intime familier de la maison présentait les mêmes symptomes, et actuellement 3 villages voisins ont vu se développer le fléau avec rapidité. Ce foyer d'épidemie compte, à l'heure actuelle 40 malades au moins. —

L'état de Santander est contaminé sur tous les points de son territoire par la lèpre. Il s'est fondé à Lebrija une colonie d'agriculteurs qui prospéra très rapidement, et qui réprésentait il y a 30 ans une petite ville très florissante et indemne de la lèpre.

Un lépreux vint s'installer dans une maison isolée des faubourgs de la ville; les voisins de cette maison deviennent lépreux sans avoir eu de rapports directs avec le malade. —

Sur le mode de transmission de la lèpre nous pensons avec Mrs. Besnier et Hallopeau que si le mode de contagion n'est pas connu, il doit être spécial à cette maladie.

Il y a certainement un ensemble de conditions qui font que, à certains moments, le bacille de la lèpre accquiert une virulence exagérée, et devient alors transmissible soit par contact direct, soit par des piques d'insecte ou tout autre prétente à inoculation.

Ainsi on peut s'expliquer que certains malades peuvent cohabiter pendant de longues années sans contaminer leurs proches, tandis qu'à

certains moments, et pour des raisons encore inconnues, ces mêmes malades peuvent devenir le foyer d'une véritable épidémie.

Herr **Mitaftsis** (Athènes):

Transmissibilité et hérédité de la lèpre (Observations cliniques).

Messieurs, permettez moi de vous communiquer quelque conclusion que j'ai faite en point de vue purement clinique de l'hérédité et transmission de la lèpre en Grèce seulement sous titre de contribution aux opinions aujourd'hui connues. J'ai eu dernièrement l'occasion de faire une enquête très detaillée, j'ai pris des renseignements hors de tout discussion, renseignements, qui nous sont donné par des confrères de valeur connue, nous avons fait l'étude des 52 histoires de malades que nous avons sous nos yeux et il en résulte clairement que la transmissibilité et hérédité ont une valeur à peu près égale. Il est vrai que les deux tiers de nos cas sont en faveur de l'hérédité de la maladie, mais ce mot, hérédité, est dans la circonstance un mot, dont la signification et les limites doivent être de réduire, car celui de ces cas nous considérons comme cas héréditaire pure, qui appartient qu à un malade, qui n'a jamais été en communication avec ses parents, frères, proches parents etc., qui n'a pas vécu avec eux, qui n'a pas employé les mêmes lits et comme il arrive dans tous ces cas les conditions hygiéniques ne furent pas mauvaises. Nous considérons dans notre examen comme cas purement héréditaires, quand le malade est attaqué de lèpre, tandis qu'il n'a jamais été eu communication directe avec une telle série de parenté lépreuse. Dans notre collection nous possédons des cas nombreux d'une hérédité pure, et dans lesquels toute idée de contagiosité doit être parfaitement écartée. A ces cas purement héréditaires, je crois que nous pouvons ajouter ces quelques cas, qui sont observés par quelques auteurs, c'est à dire de l'apparition spontanée de la maladie. De cet éspèce nous possédons deux cas, dont l'un est plus clair et appartient à une femme, qui fut atteinte de lèpre et qui vivait dans un village, ou les conditions d'hygiène sont extrêmement mauvaises, mais dans lequel ou n'a jamais observé un cas de lèpre. Cette femme fut mariée et quelque temps après elle a transmis la maladie non seulement à son marié, mais encore à ses deux enfants.

Aux défenseurs de l'hérédité absolue chez nous, et ils sont nombreux chez nous et qui connaissent exactement le pays et diverses conditions sous lequelles vivent les familles, nous pouvons à ceux surtout avec plus de courage dire: pour quelle raison nous pouvons considérer tous les cas qu' ils croient comme héréditaires, puisque aujourd'hui il est prouvé que la lèpre pour qu'elle soit transmise éxige non seulement certaines conditions, mais encore un temps long de contact et comment il est impossible que les malades n'eussent pas subis depuis le temps de leur naissance jusqu'au moment de l'apparition des premiers symptomes de leur maladie, temps assez long, une telle influence, une occasion quelconque de contagion; ainsi pensant, ainsi regardant les choses de près, nous pouvons ranger plusieurs cas que nous considérons comme héréditaires parmi les cas de contagion pure. Nous désirons maintenant prendre de notre collection un cas

héréditaire qui nous a paru plus clair et un autre cas contagieux et les décrire l'un après l'autre.

1) Cas héréditaire. Le nommé P. J, âgé de 23 ans, est atteint par la forme mixte de la maladie. Il a des tubercules sur sa poitrine, tronc, bras, moins nombreux mais ulcérés sur ses cuisses, peu de signes sur son visage, ce que d'ailleurs lui permet le séjour libre au milieu de la société. Il est d'un développement intellectuel parfait, aussi d'une instruction assez grande. Il fut attaché au service ordinaire d'une famille depuis son âge tendre; cette famille est parfaitement saine, comme le malade a eu l'interêt de s'en renseigner. A cause de la nature de son service il était obligé de rester dans la maison sans être jamais en relation avec beaucoup de personnes sauf avec ses petits camarades de l'école quand il était encore plus jeune. Plus tard en âge avancé il a quitté son service à cause de l'apparition de sa maladie, et il a pris une petite place d'employé. Il a vécu, pendant 15 ans, comme nous venons de dire, dans une ville où il est bien connu qu'il n'y a pas de lèpre. Le premier tubercule lui a paru à l'âge de 12 ans au bras droit (il ne sait pas s'il portait sur son corps des signes d'anésthésie); la tubercule s'aggrandissait leutement et plus tard il a vu apparaître les autres signes de la maladie.

Il n'en se plaignait jamais, il n'a pas reçu un conseil médical, seulement un de ses amis, éxpérimenté, comme il dit, à reconnaitre la lèpre, lui a dit qu'il s'agissait de la lèpre et le malade fut obligé de quitter la maison, pour ne pas transmettre la maladie à cette famille. Il avait fait beaucoup de traitements, mais tous en vain. Persuadé de la vraie nature de sa maladie il a voulu s'exprimer à sa famille. Sa famille est à peu près compléte, excepté deux enfants morts de maladies infantiles aigues; elle se compose du père, 65 ans, de la mère, 60 ans, et le malade prétend que, en demeurant loin de sa propre famille, il a été en rélations très distancées avec elle. Il est l'avant-dernier enfant des cinq enfants de la famille, dont les trois sont femmes, mariées déjà assez âgé, et ayant des enfants très bien portants. Aucun membre de la famille, ni père, ni mère, ni frères et soeurs, ni les enfants de ses dernières ont manifesté un symptome de la lèpre. La branche paternelle jusqu' au grand père et grande mère est complètement intacte, comme le père l'assure, seulement celle de sa mère portait le sperme de la maladie. La mère raconte que la famille de sa mère, c'est à dire celle de la grande mère de notre malade, issue de Créte et là ayant vécue, a eu plusieurs de ses membres portant la maladie et de laquelle ils sont morts et que son frère le plus âgé avant son mariage, il est mort d'une autre maladie, mais ayant les stigmates de la lèpre bien manifeste. Parmi les cas, que nous avons toute raison de considérer comme héréditaires, nous avons choisi ce cas au-dessus decrit, comme cas purement héréditaire, comme on se peut par la lecture attentive de l'histoire courte du malade persuader, pour plusieurs raisons mais surtout parceque ce cas appartient à la forme mixte de la lèpre.

Maintenant nous voulons décrire le cas suivant de nature purement contagieuse, sans ajouter les détails de sa symptomatologie. De ces cas de contagions nous pourrions rapporter beaucoup plus nom-

breux, cas clairs, indiscutables, selon lesquels, un individu lépreux a transmis la maladie à toute sa famille sans exception, ou à des infirmières etc.

Le malade âgé de 38 ans, d'Athènes, porte plus préponderants les signes de la lèpre anésthétique, dont les plus frappants sont la chute de trois phalanges du pied gauche, le mal perforant au pied droit, plusieurs foyers d'anésthésie dispersée sur le territoire plusieurs nerfs; il présente encore plusieurs tubercules autour de l'anus, dont quelqu'uns ulcérés, chute des sourcits, l'aspect du visage caracteristiques, et les traits en général épaissis surtout de son front ceux qui lui donnent un facies d'un homma boudé. Les parents vivent dans une autre ville, où la maladie est parfaitement inconnue. La famille, assez nombreuse, toute saine, les antécédents aussi parfaitement exempt de la maladie. Le malade, il y a 15 ans maintenant, a quitté sa famille et il faisait le commerce de l'huile, olives, fromages etc., et il était obligé à cause de tel commerce d'alles aux pays, où la lèpre est éndémique, c'est à dire aux îles de Créte, Mitilène, Chios etc., mais surtout à Héraclion de Crète. Dans cette ville il etait en rélations journalières avec son agent d'affaires, qui à cette époque ne manifestait aucun signe exterieur de la maladie. Notre malade était obligé à cause de sa profession de rester, et se coucher, diner etc. chez la famille de son agent; ce dernier, selon l'aveu du malade, a été atteint de lèpre, il a eu son père aussi malade de la même maladie les trois de ses quatre enfants déjà lépreux, qui demeuraient ensemble dans la même maison où notre malade souvant descendait. Maintenant le père de cette famille est lépreux portant la forme la plus hideuse de la maladie après avoir quitté complètement sa profession. Le malade raconte qu'il a vu les premiers symptomes de la maladie deux ans après ses rélations si étroites avec cette famille crétoise et ces symptomes consistaient à des douleurs atroces mais pasagers aux membres inferieurs, difficulté dans la marche, une fatigue rapide, à une ulcère au grand orteil du pied gauche que le malade attribuait à ces souliers étroits. Le malade craignant de rester au milieu de la société se porte de ville en ville pour gagner les moyens de vivre, et ne laissant jamais prendre les rémèdes qui sont proposès contre sa maladie. Il visite les bains chaque année, soit en Grece, soit en Orient et il obtient par ces moyens d'améliorer sa maladie, qui d'ailleurs progresse tout lentement. Sur l'exposé de ces deux cas, nous voulons dire qu' il ne faut pas se laisser trainer complètement par les défenseurs de la contagiosité absolue, mais de conclure avec nous que l'hérédité dans la maladie existe avec le même rôle, comme dans la tuberculose, et comme dans cette maladie on a reconnu l'hérédité et la contagion comme facteurs principaux, toute la même chose peut s'observer dans la lèpre.

Herr **Rudolf Virchow:**

Wir fangen an, ein wenig ins Dogmatische zu verfallen und bilden diesen Dogmatismus, der doch immer persönlich ist, zu einer gewissen Tyrannei aus, sodass die anderen Leute, die das nun nicht glauben wollen, dies, so zu sagen, als unfähig oder böswillig bezeichnen werden

müssen. Ich will einmal ein Beispiel nehmen: Herr von Düring, der sich sehr lebhaft gegen die Erblichkeit erklärt hat, hat sich dann aber für die congenitale Contagion ausgesprochen. Nun ist aber für die Andern die congenitale Contagion gerade so dogmatisch, wie die Erblichkeit; das Eine steht genau auf demselben Blatt, wie das andere. Wir können nicht direct die Erblichkeit beweisen, viel weniger haben wir meines Wissens irgend einen Fall, der bewiese, dass es eine congenitale Contagion giebt. Also lassen Sie uns doch diese sämmtlichen Interpretationen — es sind lauter Interpretationen, die wir machen, von denen manche sehr wahrscheinlich sind, manche sogar der Wahrheit sehr nahe kommen — nicht gleich sofort zu Glaubensartikeln erheben. Man muss doch eine gewisse Freiheit haben, die Frage noch als eine schwebende zu behandeln, solange die Beweise nicht wirklich beigebracht sind. Ich bin ja an sich geneigt, die Contagion als einen Grundpfeiler dieser Lehre anzunehmen, und doch haben wir alle gehört, es ist noch nicht ein Einziger in dieser Versammlung, der ein einziges concludentes Beispiel beibringen kann, dass die Contagion wirklich stattgefunden hat. Also wir erheben hier eine Interpretation zum Dogma. Das Dogma mag uns ja so wahrscheinlich vorkommen wie möglich, aber es bleibt ein Dogma, wie bisher, und wir wollen nicht so weit gehen, dass wir nun auch unseren Regierungen gegenüber unser Dogma zu einem absoluten, allein selig machenden erheben wollen. Es wäre doch immerhin möglich, dass auch neben diesem Dogma noch irgend etwas anderes existirt. Noch weniger aber, möchte ich glauben, wäre es günstig, irgend eine neue Form der dogmatischen Interpretation anzunehmen, die noch viel schwieriger wird, und das ist in der That mit manchem dieser bis jetzt vorliegenden Fälle der Fall.

Da wir uns rühmen, ein wissenschaftlicher Körper zu sein, so müssen wir auch diese erste Forderung eines wissenschaftlichen Körpers festhalten: dass wir nur dasjenige wirklich als anerkannte Wahrheit proclamiren, wofür thatsächliche Beweise überall geliefert werden.

Herr **Dyer** (New-Orleans):

In the paper which I have presented for publication in the proceedings of the meeting, I have tabulated the number of about 300 cases, which have been recorded in Louisiana since 1785. Of these cases I have myself seen 108. Without tiring you with a detailed analysis of these cases, I wish to say that in Louisiana the disease occurs in individuals of all races, of all classes, independents of habits, of diet, of occupation. After a residence in Louisiana from 10 years on neither age nor sexe determines the disease, which has increased steadily and rapidly since 1878.

Leaving aside the question of the bacillary origin of leprosy, and admit hog that the bacillus may cause the disease and that its introduction must be followed by the disease; Consanguinity does exist, but it argues contagion. In the 300 cases of Louisiana there is no instance of heredity, no case occurring under the age of 5 years, no instance where either parent was affected before the birth of the child. Where children have been affected, there is only one instance of a parent having been

affected previously, i. e. before the child and parent diseased, where the child was under 15 years of age; all other cases of family leprosy have occurred in adults.

For these reasons I believe leprosy in Louisiana to spread by contagion and in no other way.

Herr **Sachs** (Beirut):

Pour moi l'hérédité de la lèpre est incontestable. J'ai eu l'occasion d'étudier la lèpre à Rhodes, en Crète, en Palestine, à Beyrouth et Damas sur le mont liban et pendant mon séjour de quatre ans dans la mer rouge.

Justement les quelques photographies que jai eu l'honneur d'exposer démontrent à l'evidence l'hérédité de la lèpre. Vous avez remarqué la mère lepreuse et son enfant présentant lui aussi les symptomes précoces de la lèpre; l'autre photographie représente des cousins germains tous les deux lépreux et ensuite le cas de M. le D. de Brun où il s'agit d'une fille lèpreuse d'un père lépreux.

A Damas où il existe deux léprosies dont une muselmane et l'autre chrétienne dans la première il y a une femme domestique ayant plusieurs enfants et c'est de père en fils et de suite depuis plusieures générations que cet emploi est conservé.

Ils étaient et sont restés toujours bienpartant. L'asile chrétien forme un han (Auberge) ouvert où tous les paysans de l'entourage viennent y loger pendant leur séjour à Damas et on n'a jamais entendu qu'une infection a eu lieu.

Quant au cas de Mr. Doyon dont Mr. Boyer fait mention dans sa remarquable brochure sur la lèpre il declare qu' un enfant ayant été en contact permanent avec un vieillard lepreux, frère du grand père de l'enfant, a été atteint de la lèpre.

Ce cas même me permet de faire l'analogie de l'hérédité de la tuberculose avec celle de la lèpre au point de vue de l'herédité latérale.

Herr **Neumann** (Wien):

Einige Herren haben mich gefragt, ob ich nicht ein Anhänger der Bacillenlehre sei. Da will ich nur kurz 2 Fälle anführen, die unten in der Ausstellung sind und die jüngst auf der Insel Lissa gefunden wurden. Es wurde mir von einem ausgezeichneten Arzte eine Krankengeschichte eingeschickt und zwei Oelgemälde. Ich war nicht in der Lage, par distance die Diagnose zu stellen. Ich bat, er möchte einen Knoten schicken. Als ich Leprabacillen darin fand, war ich ganz sicher, dass es wirklich festgestellte Lepra war. Dr. Glück hat vor 2 Jahren einen Fall, aus Serajewo aus Dalmatien stammend, publicirt. Die Photographie war nicht sehr gelungen, man hat versucht, das in Zweifel zu ziehen. Herr Glück hat Hautstücke herausgenommen, es waren Bacillen darin, mithin war die Diagnose sichergestellt.

In Oesterreich war ja die Lepra schon im 13. Jahrhundert ausserordentlich häufig und zwar durch die Kreuzzüge vom Orient her, und in dem Werke des Kronprinzen heisst es auch, dass während der Kreuzzüge in Lagosta die Kreuzfahrer ihre Leprösen zurückgelassen

haben. Nun ungefähr im Jahre 1293 war in Wien ein Lepra-Spital, ja es war der grösste Theil der Krankenhäuser in ein solches Spital umgewandelt; so häufig war die Lepra dort zu Hause.

Nun fragt es sich, ob wir überhaupt Beweise haben, dass die Lepra contagiös ist. In einem so kleinen Lande wie Bosnien, wo man die Herde übersehen kann, haben wir in kurzer Zeit wirklich solche Herde kennen gelernt, wo die Menschen durch die Infection erkrankt waren. Da finden Sie z. B., dass in einem Orte, den ich auch besucht habe, ein lepröser Knecht aus Montenegro in die Familie gekommen ist und daselbst eine Frau inficirt hat, welche vorher ganz leprafrei war. Dann ist eine Stiefmutter inficirt, die vorher ganz gesund war. Kurz, wir haben jetzt in 5 verschiedenen Familien den positiven Beweis geliefert, dass die Lepra wirklich infectiös ist, und und wir sind ja heut zu Tage durch die Entdeckung des Leprabacillus so weit gekommen, dass wir wissen, dass die Lepra ansteckend ist. Das ist für uns von sehr grosser Wichtigkeit, namentlich bei allen Präventivmaassregeln. Würde die Lepra ausschliesslich hereditär sein, so wäre man nicht in der Lage, solche Maassregeln zu treffen. Aber ich glaube, dass der Bacillus als solcher wirkt und die Contagiosität über allem Zweifel feststeht. Ich glaube aber auch an eine andere Infectionsmöglichkeit durch Heredität und zwar in gleicher Weise, wie bei Syphilis, wie bei der Tuberculose. Das grösste Gewicht ist auf die Contagiosität zu legen. Aber es werden gewiss auch Fälle darunter sein, die auf hereditärem Wege acquirirt waren.

Herr **Kübler** (Berlin):

Schon die Fassung des heutigen Themas: „Die Rolle der Erblichkeit" geht von der Annahme aus, dass eine Erblichkeit existirt oder wenigstens existiren kann, und dass nur die Rolle festgestellt werden soll, die diese Erblichkeit bei der Verbreitung der Lepra spielt. Dass man die Möglichkeit ohne Weiteres zugeben kann, solange Einem nicht das Gegentheil bewiesen ist, dass die Erblichkeit in der Weise stattfindet, dass unmittelbar das eben geborene Kind die Lepra mit auf die Welt bringt, will ich hier nicht erörtern. Ich glaube, es wird auch sehr schwierig sein, die Frage auf Grund des bisher vorliegenden Materials zu einer bestimmten Entscheidung zu bringen. Ebensowenig will ich erörtern, ob es möglich ist, dass Jemand, der von leprösen Eltern, stammt, in seinem späteren Leben die Lepra leichter erwirbt, als Einer von gesunden Eltern. Aber ich will ohne Weiteres zugeben, dass das sehr wohl möglich ist und wir uns das sehr gut vorstellen können. Angesichts des Materials, das wir haben, glaube ich aber doch, dass die Erblichkeit gegenüber anderen Verbreitungswegen der Lepra eine verhältnissmässig bescheidene Rolle spielt. Um nachzuweisen, dass wirklich die Erblichkeit in grösserem Umfange bei der Lepra besteht, müsste man möglichst doch die Beweise der Art haben, dass ein Kind, welches von leprösen Eltern stammt, von den Eltern fortgenommen, in eine leprafreie Gegend gebracht, nach einer Reihe von Jahren an Lepra erkrankt. Mir ist ein solcher Fall nicht bekannt. Es mögen ja solche in der Literatur vermerkt sein, jedenfalls können sie nicht häufig sein, sonst wären sie mir nicht entgangen. Für die Contagion

hingegen haben wir doch mehr Beweise, als unser verehrter Herr Vorsitzender vorher zugeben wollte. Ich kann einen Fall dieser Art, der mir sehr beweisend erscheint, aus den russischen Ost-Provinzen mittheilen. Es giebt dort einen kleinen Lepra-Herd in Tarwast, und nicht weit in der Umgebung von Trawast liegt ein Gut H Die Familien und die ganzen Einwohner dieses Gutes waren vollständig leprafrei. Da heirathete eine Tochter des Gutsbesitzers nach Tarwast. Sie kam in eine Familie, in der die Schwiegermutter stark leprös war. Sie selbst blieb zwar gesund, aber ihre 3 Kinder wurden von Lepra befallen. Zu ihrem Besuch kam eine Schwester aus H auch nach Tarwast, sie schlief mit den Kindern zusammen und kehrte nun nach H zurück. Nach einer gewissen Zeit erkrankte sie dort an Lepra. Bei dieser inficirten sich, nachdem sie sich verheirathet hatte, ihre 2 Kinder, ferner inficirte sich ihr Schwiegersohn, und es inficirte sich dann noch ein entfernter Verwandter, der im Hause als Schneider beschäftigt wurde. Aehnliche Fälle hat man von der Insel Oesel in grösserer Menge berichtet. Ich führe das nur an, weil in der Familien-Lepra so oft ein Beweis dafür gesucht wird, dass die Lepra erblich sei. Ich glaube, dass man Schlüsse am besten ableiten kann, wenn man sich auf ein möglichst grosses Material stützt, und das ist in einem solchen Falle geschehen von der englischen Commission, die nach Indien entsandt worden ist. Die Arbeiten der englischen Commission sind ja, soweit practische Folgerungen abgeleitet werden können, eigentlich in allen Theilen negativ gewesen, sie haben auf keine einzige der grossen Fragen, die die Lepra betreffen, eine wirklich positive Antwort ertheilt; aber ebenso auch in der Frage der Erblichkeit. Einer Anzahl von Fällen, wo Erblichkeit vorliegen sollte, wo also die Kinder von leprösen Eltern erkrankt waren, stand eine andere Anzahl von Fällen gegenüber, wo das keineswegs der Fall war und eine noch grössere Anzahl von Personen, die leprös geworden ist, ohne dass in ihrer Familie, so weit sich nachweisen liess, jemals Lepra vorgekommen wäre. Wir haben in allen diesen Fällen Beweise dafür, dass die Rolle der Erblichkeit so gross nicht sein kann, und ich glaube, das ist ein sehr wichtiges Moment für die practischen Maassnahmen, die sich an die hiesigen Verhandlungen eventuell in den einzelnen Ländern anschliessen können. Wir hoffen ja, dass die Verhandlungen dieser Conferenz dazu beitragen, Grundlagen für die Maassnahmen zu bieten, die wir gegen Lepra treffen können, und ich glaube, es muss doch bestimmt ausgesprochen werden, dass die Erblichkeit nur eine bescheidene Rolle spielt, denn sonst würde Alles, was wir gegen die Lepra unternehmen wollen, doch immer wieder mit dem Phantom der grossen Rolle der Erblichkeit durchkreuzt werden.

Herr **Sauton** (Paris):

Permettez-moi, Messieurs, de me borner à quelques réflexions: Nous faisons de la science et non des hypothèses; celles-ci et leur discussion ont de nombreux inconvénients, dont le moindre est la stérilité. — Il faut se placer et être précis sur le terrain scientifique:

une double et grave question se pose: la lèpre est-elle héréditaire? la lèpre est-elle contagieuse? — Elle est, me dites-vous, héréditaire. J'y consens, mais il faut m'en donner la preuve. Je prends le cas de toute une descendance de lépreux: père, fils et petits fils sont lépreux, et vous affirmez trouver là une preuve de l'hérédité? et d'autre part, vous ignorez le mode suivant lequel la maladie s'est communiquée! Nous pourrons avec vous invoquer l'hérédité, si telle est la seule explication possible et rationnelle de cette constatation de faits. Mais ne trouvons-nous pas d'autres observations médicales qui semblent jeter une véritable lumière sur ce grave sujet: un père est lépreux; il a cinq enfants dont deux paient tribut à la lèpre et les trois autres en sont indemnes; or nous apprenons que ces trois derniers ont quitté le foyer paternel, tandis que les deux autres y ont vécu. — N'est-on pas incliné à penser que le foyer paternel aurait été une source de contamination. — Voilà donc une explication plausible et qui enlève à votre affirmation ce qu'elle avait d'absolu. Quand nous pourrons suivre pas à pas les manifestations de la lèpre dans testicules, dans les ovaires, dans l'embryon, dans le foetus et enfin dans l'enfant, seulement alors il nous sera permis d'affirmer scientifiquement que la lèpre est héréditaire. La science, loin de s'abaisser, s'anoblit lorsque, en face de ce qu'elle n'a pas encore découvert, elle se borne à dire: „Je ne sais pas.“ —

En second lieu, la lèpre est-elle contagieuse? Il suffit de compulser la littérature médicale; l'on y voit que la contamination seule peut appliquer les grandes épidémies contemporaires; l'hérédité serait en effet incapable de rendre compte de la rapide diffusion de cette maladie aux Iles Sandwich; il en est de même pour l'une de nos colonies françaises, la Nouvelle-Calédonie: un lépreux y aborde, il crée un foyer dont l'histoire nous dévoile les rapides et nombreux ravages. Cela ne suffit pas, me dites-vous; vous réclamez des cas précis de contamination? Ai-je besoin d'évoquer le souvenir du P. Damien? Il est mort de la lèpre. Plusieurs religieuses françaises sont en train de mourir de cette maladie qu'elles ont contractée dans leurs léproseries. Je sais enfin vous citer un cas que sans doute vous ignorez: Mr. le Dr. Besnier vous a parlé d'un livre anonyme dont voici le titre: „La lèpre est contagieuse“ — or je sais le nom de cet auteur anonyme, je connais le bien où il réside, c'est une léproserie et lui-même est devenu lépreux depuis de nombreuses années. Voilà des faits positifs et aucune de ces victimes ne présentait d'antécédents héréditaires. Comment la contamination s'est-elle produite? — Je l'ignore; nous ne connaissons point la porte d'entrée de la maladie, ni son mode de transmission; jusqu'alors nous ne pouvons qu'enrégistrer ces faits et sachons nous borner là, tant que des investigations réellement scientifiques n'ont point résolu ce problème. Concluons en disant qu'à la première question: „la lèpre est-elle héréditaire?“ Nous ne pouvons actuellement répondre qu'en maintenant un gros point d'interrogation. Quant au fait de la contagiosité, des cas formels, indémnibles la proclament; avouons seulement que le mode nous en est inconnu et qu'il s'agit de le découvrir.

Herr **Lassar** (Berlin):

A l'égard du père Damien qui a publié le livre mentionné, un monsieur de Honolulu m'a raconté que monsieur Damien a été un peu hydrophobe, qu'il ne s'est jamais lavé, qu'il a mangé avec les pauvres malades de la même assiette. Peut-être cela fournira quelque explication du fait.

Quant à la question de contagion, j'ajoute que nous avons des expériences quotidiennes sur la syphilis. Peut-être il y a encore des mystères à déceler sur la lèpre pas si vulgaire que la syphilis.

Herr **Alvarez** (Honolulu):

In stating that leprosy is propagated by contagion and not by heredity I express my opinion based on many years of observation.

Hawaii is the best field to observe the spread of leprosy.

There was no leprosy there until 1844 when it was introduced by chinese coolies. The first case among the natives was observed by Dr. Baldevin in 1850.

Fifteen years later i. e. in 1865 the disease had spread among the natives with such rapidity that it was necessary to enact a strict law of segregation which is still in force the fact that it took only fifteen years for the disease to spread to an alarming extent proves beyond doubt that, in Hawaï at least, leprosy is not propagated by heredity.

I have never seen a child borne with leprosy, and the youngest leper known in Hawaii was over $3^1/_2$ years of age.

We have then good reasons to believe that the several thousands of Hawaiian lepers who died before 1885 did not inherit the disease.

The same proof of contagion is also found among the foreign population of the Islands.

In 1890 out of a total population of 2000 British and American men in Hawaii there were 10 in the settlement at Molokai and about as many had left the country in preference to be banished at Molokai for the remainder of their live.

It is clear that if these men had remained in their native countries they would not have developed leprosy, but in going to Hawaï one per cent became lepers. Among the foreigners who died in Hawaii of leprosy are three catholic priests, among them one well known to you father Damien. The habits of the natives favor the spread of the disease by contagion.

For instance, they have a family pipe i. e. one pipe for all the members of the family men and women and for any one who visits them. Each one takes a puff or two and without even wiping the stem passes the pipe to the next person and so on until all have smoked with the same pipe.

I will conclude by stating that Hawaiian lepers as a rule have no children so that if the disease depended upon heredity for its propagation it would have died out by itself in Hawaii long ago.

Herr **Armauer Hansen** (Bergen): Ich glaubte, ich hätte die Lehre von der angeborenen Lepra vollständig aus der Welt geschafft, denn das Experiment, von dem Herr Kübler nicht wusste, ob es ausgeführt wäre, haben die socialen Verhältnisse ausgeführt, und das habe ich schon früher nachgewiesen. Wir haben es in Norwegen und wir haben es in Amerika. In Bergen z. B. sind enorm viele Menschen eingewandert, bei denen eigentlich die Lepra angeboren sein sollte, denn die ganze Arbeiterbevölkerung von Bergen stammt aus Lepradistricten. Im Anfange der 70er Jahre habe ich ausgerechnet, dass die Leprösen, die damals in der Pflegeanstalt aufgenommen waren, nicht weniger als 500 Verwandte in der Stadt hatten.

Nun sollte man ja meinen, wenn wirklich die Lepra angeboren sei, dann müsste doch einer von diesen Menschen mit der Zeit leprös werden, aber kein Einziger ist es geworden. Wir können jedoch mit Sicherheit annehmen, dass, wenn diese Leute zu Hause geblieben wären, viele von ihnen leprös geworden wären. Das zeigt also, dass man anderer Verhältnisse bedarf, als der angeborenen Lepra; und daraus schliesse ich ganz einfach, und, wie ich meine, logisch, dass die angeborene Lepra gar nicht existirt. Dasselbe haben die socialen Verhältnisse in Nordamerika ergeben. Als ich drüben war, habe ich die Sache verfolgt bis zu den Grossenkeln der eingewanderten leprösen Norweger, kein Einziger ist leprös geworden. Da macht sich dasselbe Raisonnement geltend. Wenn wirklich die Lepra angeboren würde, müsste doch einer von den Nachkommen leprös werden. Das ist aber nicht der Fall gewesen. Nun kann man ja theoretisch darüber discutiren; das will ich nicht mehr thun, denn ich finde es zu langweilig. Aber, wenn man solche Facta, die ich hier vorgeführt habe, verzeichnen kann, dann kann ich nicht begreifen, dass Jemand noch weiter darauf zurückkommt.

Herr **Alvarez** (Honolulu):

In Hawaii it is very important to make a positive diagnosis of leprosy before the patient is banished for life to the Leper Settlement on the Island of Molokai. Sections of skin or other tissue sometimes do not show bacilli when they are present in very small numbers.

By triturating the tissue instead of making sections we can spread on the cover glass film stimner than any section that can be made and thus we may being every particle of the tissue in the field of observation.

By using the centrifugal machine we gather bacilli in a small place where they are easier to find than in any section.

A diagnosis can be made in a few minutes instead of waiting for the tissues to harden.

A diagnosis can be made by physicians who do not possess a microtome or laboratory facilities.

The tissues may also be submitted to digestive ferments or may be boiled to facilitate trituration.

Aus- und Einwanderung in ihren Beziehungen zur Verschleppung.

Zu diesem Punkte meldet sich Niemand. Er wird durch die früheren Verhandlungen und durch die bereits gedruckten Mittheilungen als erledigt betrachtet.

Von Herrn **Neisser** (Breslau) liegt folgender Antrag betreffend Herausgabe eines Sammelwerkes vor:

Die wissenschaftlichen Mitglieder der im Oktober 1897 in Berlin versammelten Lepraconferenz beschliessen die Herausgabe eines die gesammte Lehre der Lepra umfassenden Werkes. Dasselbe soll die Geschichte, geographische Verbreitung, die Lehre von der Aetiologie, die pathologische Anatomie und Histologie, die Klinik, die Prophylaxe und Therapie umfassen. Jedes Capitel soll nach einem einheitlichen, vorher aufgestellten Plane von einem dazu bestimmten Forscher bearbeitet werden; doch können in besonderen Fällen, z. B. wo scharf divergirende Anschauungen in derselben Frage von verschiedenen Seiten vertreten werden, auch mehrere Bearbeiter für dasselbe Capitel bestimmt werden. Ausserdem können dem Redactionscomité Beiträge für dieses Werk übergeben werden.

Die Conferenz wählt ein aus 7 Mitgliedern bestehendes Redactionscomité, welches die Aufgabe hat, den gesammten Stoff zu vertheilen und denselben auf geeignete Mitarbeiter zu übertragen und die Publication zu besorgen. Das Comité hat die Befugniss zu bestimmen, ob die freiwillig eingehenden Beiträge zur Publication gelangen sollen. Das Comité hat die Berechtigung, neue Mitglieder zu cooptiren oder vorübergehend zu den Berathungen zuzuziehen.

Die Publication des Gesammtwerkes soll thunlichst im Laufe des Jahres 1900 erfolgen. Die Arbeiten sollen möglichst nur in deutscher, englischer oder französischer Sprache abgefasst sein. Um die Publication zu ermöglichen, soll die Conferenz als solche alle auf der Conferenz vertretenen Regierungen um einen Zuschuss ersuchen. Daneben findet ein buchhändlerischer Vertrieb des Werkes statt.

Das Comité vertheilt die Geschäfte nach Einigung unter sich nach eigenem Ermessen.

Proposition **Neisser:**

Les membres de la conférence pour la lèpre, réunis à Berlin au mois d'octobre 1897, résolvent la publication d'un oeuvre traitant toute la doctrine de la lèpre. Cet oeuvre réunira l'histoire, la propagation géographique, l'étiologie, l'anatomie et l'histologie pathologique, la clinique, la prophylaxie et la thérapie de la lèpre. Chaque chapitre sera élaboré, selon un plan suivi et fixé d'avance par un savant indiqué par un comité de rédaction. Mais dans de cas spéciaux où les opinions sur une question diffèrent trop, on pourra aussi charger plusieurs collaborateurs pour l'élaboration du même chapitre. Le comité acceptera des contributions volontaires pour cet oeuvre.

La conférence élira un comité de publication consistant de sept membres, dont le devoir sera de distribuer tout le matérial parmis les collaborateurs élus et de s'occuper de la publication. Ce comité a

le droit de décider, si des articles gratuits sont à publier ou non. Il est aussi autorisé à nommer de nouveaux membres et de leur demander une collaboration temporaire.

La publication de cet oeuvre doit avoir lieu, s'il y a quelque moyen de le faire, en 1900.

Les collaborateurs sont priés d'écrire leurs traités en allemand, en français ou en anglais. Pour faciliter la publication cette conférence demandra une contribution à tous les gouvernements qui ont envoyé leurs représentants à ce congrès.

L'oeuvre sera aussi lancé dans le commerce.

Le comité distribuera les affaires selon son avis parmis les membres.

Motion **Neisser:**

The members of the Leprosy-Conference assembling in Berlin in October 1897 have resolved on the publication of a work treating of the whole doctrine of leprosy. It is to include the history, the geographical propagation, the science of etiology, pathological anatomy and histology, clinical symptomatology, prophylaxis and therapy. Each chapter, according to one uniform plan, is to be written by a cooperator chosen for this purpose. But in special cases where there is a great difference of opinions, several cooperators for the same subject can be appointed. Besides which contributions can be sent to the publishing committee.

The conference elects a publishing committee consisting of seven members, whose task it is to distribute the whole material to fit cooperators and to undertake the publication. This committee has the right of deciding, whether the voluntary contributions shall be printed.

The said committee has also the right of accepting members or of asking their temporary advice.

The publication of the whole work is, if possible, to take place in the year 1900. The contributions are to be, as far as possible, only in English, French or German. To make publication possible the conference has the right of asking an allowance of all governments represented in the congress. Besides which booksellers shall have the right of selling this work.

The committee distributes business matters according to own judgement.

Hierzu spricht Herr **Neisser** (Breslau):

Je voudrais vous proposer et je crois, que je suis parfaitement d'accord avec Mr. Besnier une modification de ma proposition. Il s'agit de trois questions pour cette conférence. 1. La fondation d'une ligue internationale, d'une société pour combattre la lèpre. 2. D'une fondation d'un journal pour réunir tous les travaux, tous les rapports, tous les bulletins officiels des gouvernements, qui seront publiés sur la lèpre. 3. Peut-être de ma proposition spéciale que vous avec dans vos mains.

Le mode de procéder sera, d'élir un comité international, de 15 membres et de charger cette commission de tous les travaux concernant la ligue, le journal et l'oeuvre traitant toute la doctrine.

Dieser Antrag auf Einsetzung eines Ausschusses wird nach kurzer Erörterung auf die folgende Sitzung vertagt.

Schluss der Sitzung nach $3^1/_4$ Uhr.

Nach der Tagesordnung:

Herr **L. J. Alvarez** (Honolulu):

A New Method of Bacteriological Diagnosis of Leprosy.

In many cases leprosy is very difficult to diagnose, especially in the early stages before the disease is well developed. Therefore, a method which will enables to find the bacilli of Hansen in the tissues when other positive signs are wanting, will doubtless be welcome by the medical profession and particularly by leprologists.

By following the methods recommended by different authors to demonstrate the bacilly of leprosy in tissues, il have found that, as a rule, they can be seen only in tubercles and pigmented patches of infiltration, while, usually they cannot be demonstrated in the non-tubercular form of leprosy where a positive diagnosis without the bacilli is often impossible.

In order to overcome this difficulty I conducted a series of experiments to find, if possible, not only a reliable method of diagnosis in obscure cases, but one that could also be used by physicians in general who lack the facilities of a laboratory.

My efforts in this direction have been succesful beyond my expectations.

The method I have adopted is as follows:

Immediately after the removal of a bit of skin, or other tissue that is to be examined, it is washed in normal saline solution and thoroughly triturated in a small mortar until a homogeneous solution results, adding, from time to time as the trituration goet on, enough saline solution to keep the specimen from drying.

When the trituration is completed, a small quantity may be transferred to a thin cover-glass, dried in the air, fixed over the flame of a Bunsen burner and an alcohol lamp, and stained with carbol-fuchsin, warming it over the flame for 2 or 3 minutes, then washing it in water, decolorizing, and counter staining with Gabbets solution of methylene-blue and sulphuric acid for 30 secondt, washingt again in water, drying it with blotting or filtering paper, mounting it in Canada balsam, and examining with an oil immersion lens. The bacilli will appear as purple rods while the rect of the field will be blue.

If there are very few bacilli in the specimen examined, they may not be seen without adding more saline solution to the triturate and

submitting it to a centrifugal machine. Physicians who do not possess a centrifugal machine may place the solution in a conical glass and allow it to sediment for 24 or 48 hours then the sediment may be transferred with a pipette to a coverglass, dried in the air, fixed and stained in the manner already described.

If the tissue to be examined has been kept in alcohol it ought to be immersed in water to remove the alcohol so asto soften it and to facilitate the trituration.

The bacilli may also be found in doubtful cases by boiling the skin or tissue before it is submitted tho the process of trituration.

If no bacilli can be seen digestive ferments may be added and the trituration placed in the incubator, in a conical glass, and the sediment again examined.

The bacilli found in specimens of skin where they could not be demonstrated by examining thin sections often differ in their morphology and staining properties from those found in tubercles and in new lepromas. They are, as a rule, thicker and sometimes shorter, of irregular outline, and do not take the stain uniformly, often showing vacuoles. They are probably dead.

Among the many advantages of this method, the following may be enumerated:

I. Certainty of success in finding the bacilli, if present; for every particle of the tissue may be brought under the field of observation in a layer thinner than any section that can be made with the best microtome.

II. A diagnosis may be made in a few minutes, instead of waiting several days for the tissue to harden, in alcohol or other fluïd, before sections can be made with the microtome.

III. The preparàtion and staining of cover-glasses take less time and are more certain of success than the tedious process of staining and mounting sections.

IV. By this method physicians who do not possess a microtome or laboratory facilities can make a speedy and positive diagnosis.

Herr **Glück** (Sarajevo) demonstrirt zwei mikroskopische Präparate, welche die Veränderungen der Phlebitis leprosa darstellen und zwei mikroskopische Präparate, aus denen die intracelluläre Lage der Leprabacillen zu ersehen ist.

Ferner demonstrirt derselbe acht leprös veränderte Kehlköpfe und macht hierbei besonders darauf aufmerksam, dass der Process im Larynx sich in vereinzelten Fällen als Atrophie der Schleimhaut und des Knorpelgewebes darstellt.

Die bis jetzt nicht bekannten leprösen Veränderungen des Knochengewebes werden von Glück an vier Schädeln, welche von Leprakranken seiner Abtheilung stammen, als Rareficirung und punktförmige Nekrose des Knochens demonstrirt. Bemerkenswerth ist der Mangel reactiver Erscheinungen am erkrankten Knochen.

Schliesslich zeigt derselbe ein mikroskopisches Präparat mit leprösen Veränderungen des Knorpels der Epiglottis.

Herr **V. Babes** (Bucarest): Projections-Demonstration mikroskopischer Präparate.

Es werden demonstrirt:

1. Leprabacillen in intacten und entarteten Ganglienzellen der Spinalganglien mit Bacillen im Innern.
2. Lepröse Riesenzellen aus Lymphdrüsen, Leber, Milz etc.
3. Actinomycesform des Tuberkelbacillus in verschiedenen Stadien seiner Entwickelung.
4. Lepröse Affection der Brustdrüsenwarze.
5. Leprabacillen in den Milchcanälchen, in die Membr. propria vordringend.
6. Schwielig-warzige Lepraknoten mit Wanderung der Bacillen durch die Haut und Bacillen in den Epithelzellen, in den perinucleären Räumen.
7. Bacillen in den sonst intacten Ovarien.
8. Bacillen in den Gefässendothelien der intacten Nebennieren.
9. Leprabacillen in Zellen der Vorderhörner des Rückenmarks.

Herr **A. Grünfeld**-Rostow am Don: Demonstration von 100 Photographien von Leprösen des Gebietes der Donschen Kosaken, einer geographischen Karte und Lepraserum, angefertigt von der chemischen Fabrik E. Merck in Darmstadt auf Veranlassung von Dr. Grünfeld nach dem Verfahren von Dr. Carrasquilla aus Columbien.

Die photographischen Aufnahmen sind von Grünfeld vollführt und stellen eine Collection nur eines Theiles der Leprösen des Dongebietes dar. — Im Ganzen constatirte Grünfeld im Rostower Kreise des Gebietes 120 Lepröse, von denen die meisten in den schrecklichsten Stadien der tuberösen Form vorgefunden wurden. — Das Alter der Unglücklichen schwankt zwischen 11 und 73 Jahren. -- Die Kranken befinden sich nicht nur auf dem Lande, sondern auch in den Städten, wo sie verschiedenes Handwerk treiben, z. B. in Rostow am Don, welches 10 Lepröse zählt, haben wir 2 Wäscherinnen, 1 Tischler, 2 Schlossermeister, 1 Dienstmagd, 1 Droschkenkutscher u. s. w. — 4 Kilometer von der Stadt entfernt, in einer Kosaken-staniza, wo 22 Lepröse wohnen, befindet sich eine Frau, deren 11jährige Tochter an einer schrecklichen Form der tuberösen Form ebenfalls leidet; dieselbe ist Wäscherin und wäscht überhaupt für die Prostituirten der Stadt Rostow, und zwar für die sogenannten Maitressen hochangesehener Persönlichkeiten der Stadt Rostow. — In demselben Kosakendorfe befinden sich in einer Familie 3 Lepröse, Eltern und Tochter, von denen letztere vor 8 Jahren erkrankte, deren Mutter vor 5 Jahren und Vater vor etwa 1 Jahre. — Der Mann dieser unglücklichen Tochter, sowie ein 9jähriger Knabe sind zum Theil gesund. — In einem anderen Dorfe befinden sich in einer Familie 4 Geschwister, die alle an Lepra tuberosa leiden. Die Eltern dieser, sowie noch 4 Geschwister sind zur Zeit von Lepra frei. — Grünfeld weist noch auf einen Postdirector hin, welcher, seit längerer Zeit leprös, im Laufe von 7 Jahren

als Lepröser sein Amt in einer Stadt Asow mit 25,000 Einwohnern betrieben hat und erst vor etwa einem 1/2 Jahre vom Amte abgesetzt wurde. — Ausführliches über die Leprösen des Dongebietes siehe in der Abhandlung, welche im III. Bande erscheinen wird.

Das Serum wurde auf Veranlassung von Dr. Grünfeld von der chemischen Fabrik E. Merck in Darmstadt angefertigt. Das primäre Menschenserum ist von den Leprösen des Dongebietes entnommen und dann einem Pferde inoculirt. — Die Versuche mit dem Serum, welches genau nach der Carrasquilla'schen Methode angefertigt wurden, werden demnächst vorgenommen.

Vierte Sitzung.

Donnerstag, den 14. Oktober, Vormittags 11 Uhr.

Vorsitzender Herr Virchow.

Herr **Abraham** (London):

For Dr. Lawrence Herman, I have the honour of showing you a series of preparations illustrating the new observations and views of the latter in connection with the bacillus of leprose. I desire to make it clear that Dr. Herman alone is responsible for the communication, and that as I have not myself thoroughly studied the preparations, I cannot give a very definite opinion about them: as far as I can see, however, I consider that Dr. Herman has proved the various points he has worked at, and that his views explain several of the difficulties we have met with in connection with the bacillus of leprosy. (Gives a short résumé of Dr. Hermans observations and then proceeds to demonstrate the lantern slides.

all exudation expressed from cutaneous nodules.

The lantern slides are numbered in the left hand corner and in the right hand corner is a statement of the chief features.

No. I. X 1000. Illustrates the commonest form of bacillary masses in which the Lepra bacillus occurs. The cylinder — prep. has been stained with Carbolfuchsin, treated with HNO_3 and their Methylen Blue (Weigert) is well stained red and has with slood the accion of dilute HNO_3 old bacilli.

No. II. X 120. Irregular, branched and tortuous mass of bacilli, treated in the same way as before, resisted action of HNO_3 old bacilli.

No. III. X. 120. Ponched and indented mass with a vacuole treated asbyore and resisted decolored by HNO_3 old bacilli.

No. IV. X 1000. Branched mass — treated as before and not decolored by HNO_3 old bacilli.

No. V. X 140. Laye bravad mass, this smaller masses to treated as before and not decolored by HNO_3 old bacilli.

No. VI. Branching mass, reticulated — with large and small vacuoles treated as before, not decolored by HNO_3 old bacilli.

No. VI bis X 1400. Round bacillary mass stained as before and not decolored by HNO_3 old bacilli.

No. VII. X 250. Various by shaped bacillary masses from recent no dule stained as before but decolored by HNO_3 the masses are blue stained and consist of recent bacilli.

No. VIII. X 1000. A portion of one of the masses in No. VII — highly magnified showing the granulur appeared when stained blue one or two single bacilli seen lyieg in the field — these preparations have all been treated in exactly the identical manner but the recent bacilli have become decolorized and have taken the methylene bluestain.

No. IX. X 1000. A mass from a recent nodule, treaded as before, but shows some red stained bacilly bying among the blue stained recent bacilli.

Exudation from cutaneous nodules.

No. X. X 500. Section of cutaneous nodule — stained as before showing large sausage shaped masses, ruming more or less parallel, the smaller masses being cut on a different plane (old bacilli).

No. XI. X 1000. Sausage shaped mass in liver, bying close to it is a mass cut transversaly bying in aspace treated as before (old bacilli).

No. XI bis X 500. General view of the same field as No. XI.

No. XII. X 120. Section through skin of brow stained as before showing cavernous spaces, dilated blood vessels, notice the coal — are occupied by recent bacilli stained blue but cannot be seen at this magnification.

No. XIII. X 120. Similar section as No. XII, but stained with Picrocarmin and Weigert's fibrin method — showing large cavernous spaces of irregular outline and no wall — occupied by bacilli are dilated lymph vessels.

No. XIV. X 1000. From skin of brow stained as before with Carbolfuchsin etc. shows a dilated blood vessel, and attached to one side is a mass of recent bacilli, the bacilli are seen spreading into the tissue trough the wall.

No. XV. X 10000. Same as No. XIV but stained by Weigert's fibrin method and picrocarmin vessel cut transversely in which this a mass of bacilli which are dun invading surrounding walls.

No. XVI. X 500. Same as No. XV and stained in same manner showing blood vessels cut longitude by containing bacilli, bacilli in the walls etc.

No. XVII. X 600. Skin of brow stained with Carbolfuchsin etc. as before showing a large bacillary mass by ins in a dilated vessel, mass in irregular and branched and contains a vacuole - consists of blue stained recent bacilli.

No. XVIII. X 1000. Scraping from an ulcer; showing vacuoles in the nuclei, occupiedly small bundles of bacilli, treaded as before with Carbolfuchsin etc. etc.

Herr **Doutrelepont** demonstrirte mikroskopische Präparate über viscerale Lepra, besonders die selteneren Erkrankungen derselben wie die der Lungen, Bronchialdrüsen, die des Darms und Mesenterialdrüsen und die Erkrankung des Wirbelkörpers. Er demonstrirte weiter Querdurchschnitte der Gefässe, mit Wucherung der Endothelien, welche mit Bacillen gefüllt sind und einen Haarquerschnitt mit Leprabacillen in den Zellen der Haarscheiden. Er verweist auf seinen und Wolter's Beitrag zur visceralen Lepra im Archiv für Dermatologie und Syphilis. Bd. XXXIV., Heft 1.

Demonstration von Herrn **Joseph** (Berlin). Es wurden mikroskopische Präparate von Lepramilz gezeigt. Die Milzkapsel sowie die Trabekel liessen keine erheblichen Veränderungen erkennen. Statt der Malpighi'schen Körperchen findet man blasenförmige Gebilde, die mit zahlreichen Leprabacillen angefüllt sind. Dieselben lassen sich unschwer als Zellen erkennen, in welchen häufig ein Kern nachzuweisen ist. Zuweilen findet man auch Leprabacillen in Lymphspalten, indessen hier nur in geringer Anzahl.

Die ausführliche Publication wird im Archiv für Dermatologie erfolgen.

Hierauf verliesst der **Vorsitzende** folgendes Schreiben:

Eurer Hochwohlgeboren beehre ich mich ergebenst mitzutheilen, dass Seine Majestät der Kaiser beschlossen haben, die Mitglieder der internationalen Lepra-Conferenz am Freitag, den 15. Oktober, Nachmittags 5 Uhr im Neuen Palais zu Potsdam zu empfangen. Der Sonderzug, welcher die Mitglieder der Conferenz nach Potsdam-Wildparkstation überführen wird, wird Nachmittags um 4 Uhr vom Potsdamer Bahnhof in Berlin abgehen; die Rückfahrt von der Wildparkstation wird Nachmittags etwa um 6 Uhr erfolgen. Wagen zur Fahrt nach dem Neuen Palais und zur Rückfahrt nach der Wildparkstation werden den Mitgliedern der Conferenz zur Verfügung stehen. Die Herren vom Civil einschliesslich der Civilbeamten tragen beim Empfange Frack mit weisser Cravatte.

Eure Hochwohlgeboren darf ich ergebenst bitten, die Mitglieder der Conferenz hiervon gefälligst in Kenntniss setzen zu wollen.

Graf Posadowsky-Wehner.

An
den Präsidenten des internationalen Lepracongresses dahier,
Geheimen Medicinalrath und Universitätsprofessor
Herrn Dr. Virchow, Hochwohlgeboren.

Zur Nomenclatur des Aussatzes.

Herr **Dehio** (Dorpat):

Ich möchte gerne eine Verständigung in Bezug auf die Terminologie der Lepra unter den verschiedenen Collegen herbeiführen. Die Classificirungen der verschiedenen Formen sind bei einzelnen Autoren ganz verschieden. Herr Kaposi unterscheidet z. B. eine Lepra tuberosa, eine Lepra maculosa, eine Lepra anaesthetica. Herr Hansen oder die ganze norwegische Schule unterscheidet eine Lepra tuberosa

und eine Lepra maculo-anaesthetica, Neisser eine Lepra cutanea und eine Lepra nervosa, und endlich brauchen sehr viele Autoren noch den Ausdruck Lepra mixta, der mir ganz besonders unangenehm ist, weil man nie dabei weiss, aus welchen Componenten das Gemisch besteht, von dem die Rede ist. Ich bin theoretisch vollständig damit einverstanden, dass man im Grossen systematisch und theoretisch zwei Hauptformen unterscheiden muss: die allbekannte Lepra tuberosa und diejenige Form, welche von den Norwegern als Lepra maculo-anaesthetica bezeichnet worden ist. Wer aber viel mit Lepra zu thun hat, wer z. B. in der Lage ist, die Leprösen in Leprosorieen interniren zu müssen, dem kommt es darauf an, von vornherein etwas genauer bestimmen zu können, welches klinische Aussehen der betreffende Fall bietet, und um etwas genauer die äussere Form der Erkrankung zu kennzeichnen, dazu genügen diese beiden Ausdrücke Lepra tuberosa und Lepra maculo-anaesthetica nicht an und für sich. Bei der Lepra tuberosa kommen im weiteren Verlauf Anaesthesieen hinzu, bei der Lepra maculo-anaesthetica der norwegischen Schule haben wir es zunächst nur mit Flecken zu thun, dann mit Flecken und gleichzeitig mit Anaesthesieen und trophischen Störungen, die von den peripheren Nerven ausgehen — Lepra maculo-anaesthetica — und hierbei können die Flecke verschwinden und wir behalten nur noch die Nervenstörungen allein. Es wäre wünschenswerth, wenn man das auch schon in der Diagnose, unter der der Patient z. B. in ein Leprosorium aufgenommen wird, bezeichnen könnte, und in dieser Beziehung haben sich bei uns in den livländischen Leprosorieen gewisse Gebräuche festgesetzt, die vielleicht ganz praktisch sind.

Wir unterscheiden zunächst eine Lepra tuberosa, was das klinische Aussehen der Kranken betrifft. Im weiteren Verlaufe kommen dann Anästhesien und trophische Störungen von Seiten der peripheren Nerven hinzu. Wir können diese Fälle als tubero-anaesthetica bezeichnen, und wir thun das auch. Andererseits haben wir die grosse systematische Krankheitsform der Lepra anaesthetica. Kommt nun ein Mann, der an dieser Form der Krankheit leidet, zu uns, so sehen wir z. B. es sind Flecke vorhanden, ohne dass trophische Störungen, Anästhesien u. s. w. vorliegen. Dann bezeichnen wir solche Formen für's erste als Lepra maculosa. Haben wir noch ausserdem Störungen der peripheren Nerven, dann erst nennen wir die Sache Lepra maculo-anaesthetica. Wenn die Tubera ganz verschwinden — was ich allerdings nie gesehen habe, — oder wenn auch die Maculae ganz verschwinden, dann bleiben eigentlich nur noch die Störungen im Nerven, die Anästhesien und schliesslich die trophischen Störungen mit ihren Consequenzen, mit der Knochenmutilation übrig. Dann hätten wir wohl das Recht, diese Form als Lepra anaesthetica überhaupt zu bezeichnen. Mir persönlich aber würde ein anderer Ausdruck viel besser gefallen, etwa Lepra neurotica, denn es handelt sich hier nicht um Anästhesien, sondern um gleichzeitig von den Nerven ausgehende periphere Störungen. Aber ich will einen neuen Terminus nicht einführen, um nicht die schon jetzt herrschende Verwirrung noch zu vergrössern. Wenn nun wirklich der seltene Fall eintreten sollte, dass ein typischer Fall von Lepra maculosa oder maculo-anaesthetica, wo richtige anästhetische Hautflecke

mit dem charakteristischen Rand herum vorhanden sind, sich combinirt mit Knoten, die der tuberösen Form der Erkrankung angehören, dann dürften wir vielleicht wohl den Ausdruck Lepra tubero-maculosa anwenden. Aber ich möchte darauf aufmerksam machen, dass wir hier sehr vorsichtig sein müssen. Ein solches Gemisch, ein solches Ineinandergehen dieser beiden Hauptgruppen der Lepra habe ich persönlich nie gesehen. Ich weiss wohl, dass Andere es beschrieben haben. Ich weiss aber auch, dass vielfach Irrthümer dadurch hervorgerufen werden, dass bei der Lepra tuberosa, wo wir ausgesprochene tuberöse Knoten z. B. im Gesicht haben, noch ausserdem flache Infiltrate vorkommen, die mehr oder weniger pigmentirt, mehr oder weniger hyperämisch sein können, aber die ausgezeichnet sind durch dies charakteristische Aussehen der glatten Fläche mit der wallartigen Umgebung und die eine so charakteristische Anästhesie besitzen. Solche Formen habe ich hier und solch eine Form ist Ihnen von Herrn Weber auch neulich vorgestellt worden. Diese flachen Infiltrate der Haut, um die es sich hier handelt, gehören meiner Ansicht nach durchaus in die grosse Gruppe der Lepra tuberosa hinein. Wenn Sie hier die Untersuchung vornehmen, so finden Sie, wie das Herr Weber auch gefunden hat, überall Leprabacillen, während dieselben bei der richtigen Lepra maculosa oder maculo-anaesthetica nicht zu finden sind. Ich stelle Ihnen hier ein solches Beispiel vor. (Demonstration.) Es giebt Formen von Lepra tuberosa, wo die Tubera im Gesicht sehr schön sind und theilweise auch noch an den Extremitäten zu bemerken sind. Auf dem Rücken geht das aber mehr in anästhetische Dinge, in Flecke über, was man da an Eruptionen sieht. Noch vielmehr ist das hier der Fall. (Demonstration.) Trotzdem finden Sie, dass im Gesicht die Lepra tuberosa ausgesprochen ist. Diesen Fällen gegenüber stehen nun die Fälle von reiner Lepra maculo-anaesthetica. Wenn thatsächlich diese Form der eigentlichen Lepra maculo-anaesthetica sich mit Tubera combinirt, was ich nicht gesehen habe, dann könnten wir vielleicht noch von einer Lepra tubero-maculosa sprechen. Bei uns in unseren Leprosorien sind wir noch nicht in die Lage gekommen, diese Diagnose anzuwenden. Ich glaube aber, wenn wir unterscheiden eine Lepra tuberosa, eine Lepra maculosa und schliesslich noch eine Lepra anaesthetica, die zuletzt aus diesen beiden erstgenannten Formen hervorgeht, wenn wir dann als Uebergangsform noch aufstellen eine Lepra tubero-anaesthetica einerseits und eine Lepra maculo-anaesthetica andererseits, so sind wir im Stande, ganz gut die jeweiligen Formen der Erkrankung, die der Körper des Patienten zeigt, zu charakterisiren und zu diagnosticiren, wobei ich natürlich nicht fünf systematisch verschiedene Formen der Lepra, sondern immer nur zwei, die tuberöse und die maculo-anaesthetische, unterscheide.

Herr **v. Bergmann** (Riga):

Wir machen allerdings sehr viel Confusion in unserer Nomenclatur. Diese beruht hauptsächlich auch wohl darauf, dass wir als Macula bezeichnen, was gar keine Macula ist. Die Eruptionen der maculo-anaesthetischen Form sind gar keine Maculae sensu stricto, sondern sind Infiltrate. Die Maculae kommen bei der Lepra nur vor als

vorübergehende, man könnte beinahe sagen ephemere Erscheinungen im Prodromalstadium, wie das unsere Meister Danielssen und Boeck schon hervorgehoben haben.

Leprafälle präsentiren sich uns nach zwei Richtungen hin. Nach der einen Seite treten die cutanen Erscheinungen in den Vordergrund, das Infiltrat, welches jeder Form der Lepra zu eigen ist, entwickelt sich nach der einen Seite hin zu mächtigen Formen, es wird breit, erhaben, es treibt Knoten resp. löst sich in Knoten auf. Also die eine Gruppe der Fälle giebt vorherrschend cutane Erscheinungen. Auf der anderen Seite treten wieder die Nervenerscheinungen in den Vordergrund. Deswegen halte ich es für das Rationellste, überhaupt nur von zwei Formen zu sprechen: von der cutanen resp. tuberösen Form und von der Lepra nervorum.

Herr **Kaposi** (Wien):

Ich glaube, dass wir eigentlich alle dasselbe sagen. Die Nomenklatur, deren wir uns bedienen, hat ja nur den Zweck der gegenseitigen Verständigung. Wir wollen, dass derjenige uns versteht, der den Ausdruck liest, mit welchem wir ein Krankheitsbild bezeichnen, so dass er sich schon nach dem Namen ein vorläufiges Bild von der Krankheit macht, die quasi in einer kurzen Bezeichnung zusammengefasst ist. Niemand, der über Lepra geschrieben hat, ist wohl der Ansicht, dass es sich um Krankheitsformen handelt, die absolut gegeneinander abgegrenzt sind, sondern man hat nur gesagt: es giebt gewisse Krankheitsbilder, die sehr häufig widerkehren. Die betrachten wir als Typus, und wenn ich dem einen Namen gebe, so wird das jeder Mensch verstehen können, was es ist. Soll das genauer bezeichnet werden, so muss man eine Beschreibung geben, man muss sagen: es sind grosse oder kleine Knoten, man muss sagen, wo die Knoten localisirt sind — das fällt ja ins Detail. Aber wenn ich sage: Lepra tuberosa, so kann sich jeder vorstellen, was es ist. In der Beschreibung kann es noch vorkommen, dass der Mann am ganzen Körper grosse Knoten hat und Anästhesien und am Gesicht wenig, und umgekehrt kann er im Gesicht viele haben und am Stamm noch gar nichts. Also man soll von vornherein unter diesen Bezeichungen nicht voneinander abgegrenzte Formen verstehen, sondern nur häufig wiederkehrende Typen, die man in einen kurzen Ausdruck zusammenfasst. Dann giebt es auch gewisse Gegenden, in welchen gewisse Typen häufiger vorkommen, z. B. tuberöse Formen in grösserer Anzahl, anästhetische etwas seltener. Das kann in der Nachbargegend wieder anders sein. Da wird man also die Tendenz haben, die anästhetische Form mehr hervorzuheben, und zum Beweise dessen, dass das so ist, möchte ich hervorheben, dass sich die individuelle Neigung der Beschreibenden geltend gemacht hat, hervorheben zu müssen, dass das eine oder andere prävalirt in der Nomenklatur. Also Danielssen und Boeck haben Lepra tuberosa und anaesthetica gesagt. Wir haben die Anästhesien als besonders hervorstechende Merkmale angesehen. Wenn ich sage: Lepra tuberosa und maculosa und anästhetica, so heisst das: ich habe Fälle gesehen, bei welchen die Fleckenform vorherrscht oder die knotige Form. Ich selbst habe ja diese

maculöse Form als eine Pigmentform beschrieben. Ich habe ein Bild hier gehabt von einer merkwürdigen Frau. Aber es schadet nicht, dass Sie das Bild nicht gesehen haben. Sie ist aus Rumänien und mit einem Bilde hergekommen, dass vielleicht ein weniger Erfahrener geglaubt hätte: eine universelle, aus kleinsten Pigmenten sich zusammensetzende Krankheitserscheinung. Aber dunkelbraun war die Person, und hat keine Anästhesieen gehabt. Wir haben aus verschiedenen anderen Erscheinungen eine Lepradiagnose gemacht. Sie hat bei uns eine Reihe von Monaten gelegen und bekam Mutilationen an den Fingern und an den Zehen. Eines schönen Tages ist die Zehe weg, einfach abgeschnürt, nachdem sie vorher immer kleiner und kleiner geworden war. — Das war lange vor der bacteriologischen Zeit. Ein oder eineinhalb Jahre später kommt eine Frau, die wir als gute alte Bekannte begrüssen. Sie macht ein sehr erstauntes Gesicht: sie wäre nie dagewesen. Aber das Bild war absolut ähnlich. Das hat mich veranlasst, Lepra maculosa anzunehmen. Will Jemand das nicht gelten lassen, so schliesse ich mich ja vollständig dem an. Hansen lässt anästhetische Formen nicht gelten. Er sagt: Anästhesieen kommen in jedem Falle mit der Zeit vor. Da hat er ja auch vollständig recht. Wir können also unsere Bezeichnungen, glaube ich, ohne irgendwelche Gewissensskrupel wählen, wenn wir durch die Bezeichnung prävalirender Erscheinungen unseren Collegen das Verständniss erleichtern wollen. Wenn also Jemand tuberöse Form hat und noch keine Art von Anästhesie, so wird man sagen: Lepra tuberosa und wenn jemand Anästhesieen prävalirend hat — solche Fälle giebt es ja auch, mit diesen flüchtig auftretenden Atrophieen — und die Flecke sind sehr unbedeutend, so kann man Niemand einen Vorwurf machen, wenn er sagt: Lepra anaesthetica oder Lepra nervorum. Man wird sich schon etwas dabei vorstellen können. In den meisten Fällen sind aber thatsächlich Flecke, und da kommt dieser Punkt zur Geltung, der von Herrn von Bergmann erwähnt worden ist: dass die maculöse Form ja vielfach Infiltrate darstellt. Wir verstehen uns also eigentlich alle, und man kann Niemand einen Vorwurf machen wenn er mit irgend einem Ausdruck in einem Fall das prävalirende Symptom specieller hervorhebt und vielleicht das vorwiegendste und fast ausschliesslich bestehende Symptom. Denn er erreicht den Zweck, dass wir uns verstehen. Lepra mixte selbst möchte ich unter diesen Umständen auch nicht für Ketzerei erachten. Ich habe mir gedacht, dass, wenn Jemand Lepra mixte sagt, er damit einfach das Zusammentreffen der tuberösen und der anästhetischen Form meint.

Herr **Unna** (Hamburg):

Gewiss ist für uns die Nomenclatur nur ein practisches Bedürfniss. Wir wollen uns verständigen. Aber diese Verständigung hört eben dann auf, wenn wir vielleicht verschiedenes Material unter den Händen haben. Mein Material ist einseitig. Anaesthetische Fälle kommen nicht zu mir, sondern nur tuberöse und maculo-anästhetische, theils aus kosmetischen Gründen, theils um ihre Knoten los zu werden. Da genügt für mich der Ausdruck „tuberös“ nicht, und es hat sich bei mir und meinen Assistenten im Laufe der Jahre eine gewisse Gepflogenheit festgesetzt,

wenigstens die tuberöse Form noch weiter einzutheilen, und da war ich so lange im Zweifel, bis ich durch die gleichzeitige histologische Untersuchung auf einen Umstand aufmerksam wurde, der für die Nomenclatur des klinischen Bildes selber Werth bekam. Ich fand zu meiner Ueberraschung, dass bei den histologischen Untersuchungen die Tubera durchaus nicht gleichwerthig sind und dass es sich herausstellt, dass bei einigen Patienten mehr die Cutis eine ziemlich relative Immunität gegen die Bacillen hatte, während bei andern Patienten ziemlich gleichmässig das Hypoderm von Bacillen befallen wurde. Diese Formen waren dieselben, welche sonst maculo-anästhetische Symptome hatten, sodass ich zu der Annahme geführt wurde, dass es hauptsächlich gerade die maculo-anästhetischen Fälle sind, welche, wenn der Bacillus seine Invasion in die Haut macht, zunächst nur subcutane Infiltrate geben, welche die Haut zusammt den Buckeln in die Höhe nehmen, zu grossen Lepromen Anlass geben u. s. w., während dann noch manche bleiben, die auch noch tuberös waren, aber die gar nicht zu vergleichen waren, und zwar zwei Arten. Entweder, die maculo-anästhetische Form wurde immer deutlicher ausgeprägt, sie nahm hypertrophische Formen an, speciell gerade an der Stirn. Die Stirn wurde so hypertrophisch, dass schliesslich eine Leontiasis, besonders mit tiefen Stirnfurchen herauskam. Diese Formen zeigten verhältnissmässig wenig Bacillen, nur im subcutanen Gewebe viele, um die Nerven herum. Dagegen die Haut war hypertrophisch, ähnelte ganz zum Verwechseln genau gewissen hypertrophischen Formen der Syphilis, die ich Neuro-Syphilis nenne. Das ist eine Form der Tubera. Die andere Form ist diejenige, die sich zu den Maculae hinzugesellt als subcutane Knoten, die sich emportreiben. Das ist eine zweite Form der Leontiasis. Nun giebt es andere Fälle, wo das pigmentlos ist, wo die Haut ganz glatt ist und wo gleichsam auf die Haut aufgesetzt mit gewisser wachsiger Transparenz gelbe Tumoren auftreten, und zwar in Schüben. Das ist die kleinpapulöse Form. Es war z. B. ein Herr, den ich seit Jahren kenne, der alle paar Jahre nach Hamburg kam, um sich wieder kosmetisch rectificiren zu lassen. Der hatte früher nur Anästhesie gehabt. Er war nervös geworden, ging in eine Kaltwasserheilanstalt und wurde dort sehr stark frottirt, besonders an den oberen Theilen. Dann kam er zu mir und hatte einen papulösen kleinen Ausschlag der Haut, der abrasirt wurde, fast ganz aus Bacillen bestand und nur an der Subcutis selbst, nicht der Cutis, gar nichts an den Nerven. Es war diesmal ein Fall mixte, aber durch sonderbare Umstände herbeigeführt. Als es abgeheilt war, kam es nicht wieder. Ich habe zwei Fälle gesehen im Institut für Infectionskrankheiten. Da sind je zwei von diesen Formen der tuberösen Tumoren, und das ist wichtig für die Diagnose und für die Therapie. Sie sind grundverschieden. Da ist ein Fall im Institut für Infectionskrankheiten, wo sich der Dermatologe auf den ersten Blick von vornherein sagt: das ist eine trophische Form. Der hat tiefe Stirnfalten, eine darüberziehende Haut, die wie eine Pomeranzenschale ist, jeder Follikel hat eine weite Oeffnung. Die andere Kranke hat den Typus einer Cutisleprose. Also wir sind ja Alle einig dahin, was die Hauptformen betrifft, und dass Uebergänge da sind. Aber ich bitte Sie, mit dem Mikroskop zugleich

zu untersuchen, ob nicht die tuberöse Form sich nicht noch genauer eintheilen lässt.

Auf die Therapie kann ich hier nicht eingehen. Für uns ist die Sache nothwendig geworden, weil die Cutisleprome der Heilung einen viel grösseren Widerstand entgegensetzen und Aetzungen nöthig machen, während die anderen mit chemischen Mitteln zu beeinflussen sind.

Herr **Armauer Hansen** (Bergen):

Ich finde es überflüssig, in so viele Details einzugehen. Ich glaube aber, dass wirklich die Benennungen Lepra tuberosa und Lepra maculo-anaesthetica die vernünftigsten sind. Man kann nicht sagen, dass die Uebergänge so vielfältig sind, und zwischen den zwei Formen giebt es wirklich einen Unterschied. Der Unterschied kann bisweilen so gross sein, dass man versucht werden könnte, sie als zwei verschiedene Krankheiten anzusehen, und dann ist auch der grosse Unterschied, wie schon Neisser hervorgehoben hat, dass es in der tuberösen Form enorm viele Bacillen giebt, in der maculo-anaesthetischen Form dagegen viel weniger Bacillen. Darum glaube ich, dass wir nur die zwei Formen, die tuberöse und die maculo-anaesthetische, zu unterscheiden brauchen. Es mag sein, dass das dermatologisch nicht korrekt ist, dass das keine Maculae sind; das geht mich nichts an. Wenn Herr Dehio eine tubero-anaesthetische Form aufstellen wollte u. s. w., dann würden wir unzweifelhaft nie fertig werden. Jeder Tuberöse wird mit der Zeit anaesthetisch. Das ist ein Zeichen der Heilung nach meiner Auffassung. Nun, wenn das eintritt, so bleibt er doch ein ursprünglich tuberöser Patient, nur ein in Heilung begriffener tuberöser Patient, und da kann ich nicht einsehen, warum man ihm da einen besonderen Namen geben soll. Die gemischte Form ist ja auch nichts anderes, als in Heilung begriffene tuberöse Form. Dass es vorkommt, dass die maculo-anaesthetischen Patienten tuberös werden, kann nicht geleugnet werden. Aber das ist äusserst selten, und auch da kann man die ursprüngliche Benennung beibehalten und nur in dem Journal noch anführen, dass der Mann Ausbrüche von Knoten bekommen hat. Das, finde ich, ist viel einfacher, als dass man diese vielen Namen hat. Ich glaube, die norwegische Art, die Patienten zu bezeichnen, ist doch die vernünftigste.

Herr **Dehio** (Dorpat):

Es kann ja Jeder seine Klassifikation machen, wie er will. Aber wo praktisch die Nothwendigkeit vorhanden ist, den Aerzten im Lande eine Direktive zu geben, wie sie diagnosticiren und die einzelnen Formen erkennen sollen, womit sie sich verständigen können, da tritt unwillkürlich das Bedürfniss auf, irgend ein Schema zu proponiren. Ich habe eins proponirt. Ich weiss ja nicht, ob es befolgt werden wird. Fürs erste habe ich persönlich damit keine schlechten Erfahrungen gemacht. Auf Eines kommt es mir aber besonders an: dass der Name Lepra mixte aufhören soll. Ich kann Herrn Kaposi nicht zugeben, dass man damit immer nur die von mir sogenannte tubero-anaesthetische Form bezeichnet. Noch gestern ist ein College zu mir gekommen und hat gesagt: der Fall von Herrn Weber aus Halle ist eine Lepra mixte, — und andere Leute behaupten, wenn Maculae vorhanden

sind und gleichzeitig Anaesthesieen, das sei auch Lepra mixte. Also unter Lepra mixte wird gleichzeitig sehr Verschiedenes verstanden, und darum soll dieser Ausdruck ausgemerzt werden. Das ist die Hauptsache, auf die es mir ankommt.

Herr **Rudolf Virchow** (Berlin):

Die Herren in Russland haben seit einiger Zeit angefangen, das Wort „Leprosorien" zu gebrauchen. Diese Neuerung ist nicht sehr glücklich gewesen, während bis jetzt in allen Sprachen festgehalten ist, dass es „Leproserien" heisst. Ich wollte nur bitten, dass Sie auf diese gemeinsame Grundlage zurückkehren, die, wie ich glaube, auch etymologisch besser zu fundiren ist.

Herr **Sauton** (Paris):

Plusieurs d'entre vous m'ont demandé communication de l'observation sur laquelle j'attirais hier votre attention; elle est relative à l'auteur du livre dont vous a parlé Mr. Besnier. Il vous disait que cet auteur est devenu lépreux depuis bientôt 30 ans. Hier soir, en rentrant à l'hôtel, j'ai peu trouver cette observation — elle est confidentielle; si son auteur me le permet, je la publierai en tout entier; en attendant vous la trouverez résumée dans l'ouvrage signalé à la page 130; les noms ont été changés pour sauvegarder l'anonyme.

Il me sera d'ailleurs facile de réunir d'autres observations de même genre, et si on le veut bien, elles paraîtront dans les futures archives internationales de léprologie.

Die Stellung der Lepra unter den Infectionskrankheiten, ihre Beziehungen zur Syringomyelie, Morvanschen Krankheit und Ainhum.

Vorsitzender: Für die heutige Sitzung ist eine besondere Einladung ergangen an die Berliner Neurologen. Die Herren von Leyden, Mendel und Eulenburg haben sich bedankt und entschuldigt.

Herr **von Duering** (Constantinopel):

Messieurs, la syringo-myélie, la maladie de Morvan, la sclérodermie et le Aïnhum sont des maladies sui generis. Pourtant la lèpre présente des symptomes syringo-myéliques, sclérodermiques et aïnhumoïdes qui très-souvent rendent le diagnostic difficile. Vu le temps avancé, je ne veux pas vous retenir avec des explications théoriques. Parmi les malades des hôpitaux de Berlin je crois avoir trouvé un cas syringomyélique lépreux; la démonstration de ce cas vous le dira mieux que tout discours théorique.

Herr **Laehr** (Berlin) demonstrirt den Fall.

Herr **Dyer** (New-Orleans):

I observed this case in some detail down stairs. The general innpression conveyed to was that it is a case of anesthetic leprosy. The variety of causes determining the glioma of syringomyelia,

among which trauma and syphilis lead, it is possible to include leprosy as a factor we cannot say that all cases of syringomyelia are due to leprosy but we can determine some cases so. It is important to state the differentiation in a counry where leprosy is common. I have had many cases of leprosy begin whith „syringomyelia" going subsequently on to the characteristic pemphygies, ulceration, deformity whith tropical general lesions. But we recognize leprosy as one of the causes of syringomyelia and the way is easy. Without a longer observation than 10 minutes, it is not so easy to make a positive diagnosis but this case I should call anesthetic leprosy.

Herr **von Duering** (Constantinopel):

Ce second cas est un cas du type maladie de Morvan qui, en pays lépreux, serait également suspect et à observer. Je ne le prends pas comme lépreux. Mais pourtant, comme la lèpre fruste existe dans les pays autrefois lépreux comme dernière trace de cette maladie, ces cas demandent la plus grande attention et sont du plus grand intérêt.

Pour ne pas trop polonger la discussion, Messieurs les docteurs Besnier, Jeanselme, Thibierge, Raynaud, Hallopeau, Dyer, Scheube, Ehlers et Glück m'ont autorisé de déclarer que pour eux le premier malade est un lépreux anèsthétique.

Herr **Kalindero** (Bucarest):

Messieurs! Permettez moi de vous dire quelques mots sur la question à l'ordre du jour, sur la Lèpre anesthésique, ses lésions médullaires, son expression clinique, ainsi que ses rapports avec la syringomyélie et la maladie de Morvan.

Avant d'entrer dans la question je désire émettre quelques énoncés préliminaires.

Ma profession de foi pourrai je dire, relativement à l'Etiologie de cette hideuse affection et principalement en ce qui a rapport à l'hérédité et à la contagion.

L'hérédité nous est forcement aujourd'hui impossée par la série de nos observations, qui ne font que se multiplier et nous confirmer dans les recherches et les affirmations du Docteur Zambaco; j'aurai l'occasion d'exprimer toute mon admiration pour les opinions de ce consciencieux confrère, tout en indiquant les points qui nous séparent et dont les arètes paraissent s'effacer à fur et à mesure que la série de ses observations augmente, je veux parler des Lèpres nerveuses, formes syringomyéliques, Morvan et sclérodermiques.

L'hérédité s'impose par d'autres considérations d'ordre bacteriologique. Nous avons fait des recherches avec le conours du très autorisé Monsieur N. Babes, notre ami et collaborateur, nous avons pu constater dans différentes necropsies que:

1. Le Bacille dans la Lèpre se généralise dans les organes;

2. Il se rencontre plus rarement dans la circulation générale, mais plus souvent dans les organes et dans le sang des capillaires de ces organes.

3. Nous l'avons trouvé, dans les glandes salivaires, le pancréas,

les mamelles, le testicule, les ovaires, les canalicules de Flügge, ainsi que dans les reins.

4. Le testicule en apparence sain, présente toutefois à l'examen des bacilles, soit libres, soit formant des masses dans l'intérieur des tubes séminifères.

Le suc ovarique renferme des masses énormes de bacilles.

Ces résultats indiqués par nous dès 1889 ont été confirmés par nos recherches ultérieures.

Mr. le Docteur Zambaco dans son mémoire, „Les lépreux ambulants de Constantinople — Paris — Masson — 1897, page 315 et suivante", cite des cas de lèpre chez des enfants de 9 à 10 ans tout en admettant que la lèpre appartient à l'âge adulte. Danielssen a pu observer un cas de 1 an; le Docteur Zambaco affirme avoir vu la lèpre chez les enfants de 1 an — 2 ans et parfois même chez des nouveaux nés qui n'avaient que quelques mois et quelques semaines d'existence, les parents ou l'un des générateurs étaient lépreux avancés, lors de la conception.

Nos observations et en particulier les planches de notre atlas (Lèpre tuberculeuse avec hérédité — page 38 et suivantes) nous indiquent une mère Anika Dragomir Ignat et ses deux enfants, Marie et Nicolas, qui confirment cette hérédité. Je vous produis ici une photographie de la mère avec ses deux enfants.

La mère sans antécédents héréditaires, mais exposée à la contagion par le voisinage des lépreux dans la commune de la mère, elle devient lépreux à 26 ans. Des deux enfants l'un devient lépreux à 3 et l'autre à 5 ans.

Je pourrais multiplier à mon tour ces observations.

La contagion doit-elle être admise comme source de propagation de la lèpre? Il faut avouer que parfois il est très difficile de faire la distinction entre la contagion directe et la contagion indirecte.

Toutefois les observations recueillies par différents cliniciens, nos observations propres nous conduisent à admettre, avex A. Hansen, cette source de propagation.

Nous citerons à cet égard deux enfants sains et sans antécédents héréditaires, portés sur les bras et longtemps par des serviteurs lépreux, à leur tour, devenus lépreux. Je citerai en particulier le cas d'une mère Dumitra Stanca (cousine d'une lépreuse tuberculeuse, Maria Cracuin) atteinte de lèpre tuberculeuse à son enfant âgé de 6 mois; ce dernier portait 3 tubercules sur la joue gauche et le tubercule sur la joue droite.

Nous avons pu constater chez la mère de nombreuses bacilles dans la circulation générale, l'absence, dans ce cas, de bacilles dans le lait.

La présence des bacilles autour du mamelon, la peau étant intacte, enfin la présence de ces mêmes bacilles sur les tubercules de l'enfant.

La contagion comment a-t-elle pu se faire dans ce cas? les deux peaux, de la mère et de l'enfant, étant intactes.

Monsieur Babes a pu suivre la pénétration des microbes lepreux dans la peau par la tunique seule du poil; les experiences faites par cet observateur très conciencieux, ont pu convaincre, les Membres de l'Academie de Médecine de Paris, qu'on pourrait communiquer la

Morve aux animaux, la peau étant intacte, par des cultures de Morve.

Je dois ajouter que par la voie expérimentale les inoculations pratiquées par le Professeur V. Babes et moi sur un singe ont pu donner des résultats positifs de „lèpre localisée“, sans aucune manifestation de généralisation. L'observation n'a pu être continuée, le singe étant mort quelque temps après.

Un point qui doit être indiqué, c'est que chez l'infant sus-cité, les lépreuses se son atrophiés; deux ans après nous avons pu observer cette atrophie sans manifestations génerales de Lèpre; nous sommes donc conduits à admettre des conditions prédisposantes dans cette contagion, l'âge, l'état général, le climat, les conditions de propreté et certaines autres causes qui nous échappent et qui restent à être indiquées dans les propagations de la Lèpre par contact.

Dans cette profession de foi, basée sur nos observations propres, il résulte que nous croyons à la transmission de la lèpre par l'hérédité et la contagion, celle a toutefois doit être facilitée par des conditions prédisposantes, encore à determiner dans leur ensemble.

Il résulte de cet exposé qu'on doit pour le moment conserver le bacille comme un signe pathognomonique, constant, inéluctable, comme constituant un caractère distinctif, essentiel entre la lèpre anesthésique avec d'autres affections nerveuses: il serait le facteur indispensable, actif et déterminant.

Il n'a jamais fait défaut dans les cas de lèpres nerveuses suivies d'autopsies et qui ont pu être confondues pendant la vie, soit avec la syringomyélie soit avec d'autres maladies nerveuses au Congrès International de Dermatologie et de Syphiligraphie, tenu à Vienne en 1892. J'ai eu l'honneur de m'exprimer de la manière suivante à propos du Diagnostic de la Lèpre.

Les Analogies, qui existent entre la Lèpre anesthésique et la syringomyélie, ont été souvent signalées dans ces derniers temps.

Ces deux maladies présentent en effet dans leur marche, leur évolution, leur symptomatologie, une telle similitude qu'il est impossible de ne pas les rapprocher l'une de l'autre.

Je suis convaincu qu'on a passé sous silence beaucoup de Lèpres anesthésiques méconnues et par contre, on a décrit des cas de syringomyélies à formes frustes, anomales, atypiques qui n'étaient que des Lèpres tropho-névrotiques.

J'en ai recueilli de ces cas, et depuis leur nombre a augmenté, ce que vous pourriez constater par quelques spécimens contenus dans cet atlas, dont la nature n'a pu être détérminée et qui restent, pour cette raison, même aujourd'hui sous notre observation.

Nous pourrions citer des cas de Lèpre à début lent, ou bien sous l'aspect clinique d'une syringomyélie, qui nous auraient mis dans l'impossibilité d'en faire le diagnostic précis dans l'éxamen bactériologique, soit par des coupes de la peau, soit par le procédé du vésicatoire sur lequel nous reviendrons plus loin.

Nous ajouterous que les signes cliniques qui permettent le plus souvent de faire le diagnostic de syringomyélie et de la lèpre anesthésique sont les suivants:

A. En faveur de la syringomyélie, la dissociation des troubles sensitifs. L'intégrité des muscles superficiels de la face.

L'absence des tâches sur la peau. L'intégrité du système pileux. La déviation de la colonne vertebrale.

B. En faveur de la Lèpre.

Le plus souvent l'abolition de la sensibilité tactile.

L'atrophie et la parésie des muscles superficiels de la face.

La paralysie double des orbiculaires.

L'epaisissement des nerfs (cubitaux surtout) avec des renflements nodulaires.

La présence de tâches sur le corps surtout si celles-ci sont insensibles.

La résorption spontanée des phalanges.

L'altération éxcessive des doigts.

La chute complète ou partielle des doigts.

Malgré ce tableau, que de difficultés à surmonter et j'avoue m'être trouvé même aujourd'hni dans l'impossibilité de vaincre certains de ces cas, dont le diagnostic nous est resté peu précis, malgré toute notre attention, notre pénétration et notre examen bactériologique, resté résultat.

Je suis tellement de l'avis de certains cliniciens que les syndrômes. „Maladie de Morvan et syringomyélies" peuvent se rencontrer dans les Lèpres anesthésiques à lésion centrales et peut-être même à lésions périphériques pour le Morvan, que je me réserve le droit d'appuyer ces affirmations sur mes autopsies faites en dehors de tout parti pris, par mon très autorisé ami et confrère le professeur Babès.

Le syndrôme dissociation de la sensibilité peut se rencontrer, dans les différentes affections nerveuses sans qu'on ai toujours le droit de contester l'existence de la syringomyélie et la maladie de Morvan de nature non lépreuse et formant des affections réelles et indépendantes de la lèpre.

Mr. Zambaco en particulier a cherché à prouver, par ses observations cliniques, que ces deux affections ne pourraient être que de lèpres, non seulement méconnues, ce qui est vrai pour une série de cas, mais comme des lèpres dégénérées, ce qui ne doit pas être admis.

La restriction que je faisais en 1892, je la répète encore aujourd'hui que la bactériologie est la seule voie qui puisse nous permettre de sortir des incertitudes des lèpres attenuées atyphiques, non évoluées, dégénérées, etc. et se présentant sous l'aspect syringomyélie ou maladie de Morvan.

Je suis heureux de voir aujourd'hui Mr. le docteur Zambaco modifier sa manière de voir, trop absolue, exprimée dans ses différentes communications à l'Académie de Paris (Les lépreux de la Bretagne 1892. Les Cagots des Pyrénées 1892. La lèpre dans le Midi de la France 1893.) Tenir mieux compte dans son dernier ouvrage (Les lépreux ambulants à Constantinople) des investigations bactériologiques dans le diagnostic de la lèpre.

Ces investigations ne peuvent quelque fois nous fixer sur la nature de ces maladies qu'après la mort (Voir l'observation du docteur Souza-Martins de Lisbonne. Congrès de Rome. Tome III. p. 349 et l'ob-

servation de Danielssen. Revue de Neurologie. Du 31. Mai 1894. Ces deux observations suivies d'autopsies.) J'admets volontiers que dans quelques cas très rares, les lésions se ressemblent comme localisations médullaires, mais différent entre elles par leurs caractères bactériologiques; est-ce à dire, parceque ces affections n'ont pas présenté, pendant la vie, des caractères cliniques assez saillants, qu'on doive identifier ces lésions nerveuses qui peuvent se ressembler en apparence par leurs localisations, mais différent entre elles bactériologiquement partant, pour conclure à l'identité de ces troubles morbides au point de vue de leur pathogénie, de leur nature et leur appliquer á tous la rubrique: „Lèpres Dégénérées" comme tendent de la faire certains cliniciens même par le temps qui court. Je désire m'expliquer assez longuement à ce sujet dans la crainte de n'être pas suffisament compris.

Dès 1892 nous possedions des préparations de lèpres nerveuses, anesthésiques, avec des lésions incontestables médullaires et qui prenaient un caractère spécifique, grâce à la présence des bacilles dans leur intérieur; ces préparations nous montraient un état cavifaire dans leur intérieur et autour de l'épendyme comme dans les syringomyélies pour quelques unes de ces cavités elles paraissaient commencer vers les parties postérieures du canal médullaire entre ce dernier et les cornes postérieures, ces lésions, dans la crainte qu'elles ne fussent le produit d'une préparation imparfaite, d'une dissication même, n'ont été montrés que sous cette réserve. Nous n'avons pu qu'indiquer leur existence sans que nous ayons osé énoncer une interprétation définitive sur leur nature et leur rapport avec une lèpre à lésions spéciales, localisées dans la Moelle Epinière.

Depuis, d'autres observations ont pu indiquer l'existence de ces mêmes altérations médullaires dans la lèpre.

Vous trouverez dans notre mémoire une autopsie faite et avec toute la compétance due au prof. V. Babes, avec altérations des ganglions spinaux, avec des bacilles de Hansen.

L'observation pendant la vie indiquait une dissociation syringomyélique qui rendait le diagnostic difficile pendant la vie, ce dernier a été facilité par des recherches bactériologiques, grâce à l'application du vésicatoire.

Voici donc des cas, dont le diagnostic difficile, impossible même pendant la vie, n'a pu être rectifié qu'après la mort; les cas de Souza, Danielssen, notre propre cas, peuvent servir d'exemples incontestables, est-ce à dire que je doive être uniciste cliniquement et confondre la lèpre anesthésique, la syringomyélie, la maladie de Morvan, la sclérodermie?

Non certes, car le bacille, constituant le caractère pathognomonique n'a jamais manqué dans les autopsies de ces cas confondus pendant la vie.

Un seul argument pourrait convaincre dans l'identité de ces differentes affections, c'est qu'on nous prouve qu'a un certain moment les lésions cavitaires, médullaires classiques de la syringomyélie ne présenteraient pas de bacilles, par le fait de la disparitions de ceux-ci, alors il serait possible d'admettre que ce caractère distinctif et déter-

minant de ceux-ci venant à manquer par un mécanisme quelconque, qui reste à être connu, on aurait alors le droit de considérer la syringomyélie etc. comme des Lèpres dégénerées.

Jusqu' alors je resterai dualiste et j'attends des temps meilleurs, pour que le programme des unicistes devienne pour moi chose évidente.

J'ai une trope grande opinion de la valeur du Docteur Zambaco, comme clinicien éxperimenté, pour que je ne regrette actuellement de ne pas être de son avis; nos lieus passés notre trait d'union par l'intermediaire de notre très regretté ami, Constantin Paul, auraient été des raisons pour que nous restions à l'unisson dans ce programme.

Je lui suis même reconnaissant pour les problèmes qu'il a soulevés à propos de la Lèpre et lui reconnais le mérite d'avoir donné une grande impulsion, un stimulant à nos recherches à cet égard.

L'avouerai-je, je suis même séduit par ce programme: Lèpre, Syringomyélie, Maladie de Morvau, Sclérodermie, Ainhum, toutes affections Lèpreuses, plus on moins dégénerées et ne formant qu'une famille.

Quelle belle synthèse pathologique! Mais que faire? Les faits anato-pathologiques s'y opposent, les symptomes cliniques, nouveaux ainsi que j'aurai l'honneur de vous l'exposer plus loin peuvent constituer à mon avis, des caractères distinctifs impertants pouvant différencier ces différentes affections.

Je désire avant tout, Messieurs, vous prouver que, sorti de vos écoles, nous tàchons de nous montrer comme Roumains, reonnaissants pour les lumières acquises dans vos milieux.

La Roumanil est aujourd'hui un petit foyer de chercheurs qui s'occupent avec conviction et honnêtité de certaines de ces questions scientifiques à l'ordre du jour.

Messieurs E. Babes, Marinesco etc. vous ont donnée des preuves de leurs qualités d'investigateurs, dans leurs recherches sur le système nerveux et si l'on n'avait à vous montrer que leur atlas sur la pathologie du système nerveux qui se publie à Berlin même, cette oeuvre serait suffisante pour marquer une époque dans les investigations scientifiques des Roumains.

Cette oeuvre constitue un monument élevé à la pathologie du système nerveux. J'ose le déclarer.

Je reviens maintenant aux signes cliniques nouveaux qui pouvaient constituer des caractères distinctifs, pendant la vie, entre la Lépre Anesthesique, La Syringmyèlie, la Maladie de Morvan, la Sclérodermie.

Je vous apporte ici des photographies de ces differentes affections, des dessins comparatifs avec des alterations du squelette lui-même indiquées par la radiographie. Voir les differences qui existent entre la difformation des mains des maladies atteintes de ces différentes affections. Vour pourrez vous convaincre de ces diffèrences soit dans la form des mains, soit dans les altérations des os par les projections elles mêmes dans la sèance de demain.

Ces recherches faites par nous, en collaboration avec le Docteur Marinesco, ont été communiquées à la Société Médicale des hôpitaux de Paris, dans la Séance du 16 Juillet 1897 dans un mèmoire qui

porte le titre: „Des apports de la Lèpre avec la Syringomyélie et la Maladie de Morsan.“

Voilà ce que nous disions dans ce Mémoire. Je le résume afin de ne pas abuser de votre temps.

La Lèpre au point de vue clinique, peut se differencer de la syringomyélie par des symptomes positifs et négatifs.

Dans la Lèpre on rencontre souvent un masque spécial accompagné ou non de diplégie faciale; cette paralysie interesse surtout les muscles superficiels, frappe inègalement les deux moitiés de la face, et s'accompagne d'atrophie progressive avec disparition des sourcils et des cils.

Dans la Syringomyélie, la paralysie faciale est rare et se présente avec le caractère des paralysies centrales (intégrité du facial supérieur).

Dans la Lèpre, les mains peuvent présenter trois modalités spéciales:

1. Type syringomyélitique (atrophie musculaire Aran-Duchenne et troubles sensitifs);

2. Type Morvan les deux types peuveut se rencontrer dans la syringomyélie. Mais il est un troisème type (patte d'ours de Leloir) propre à la Lèpre; les doigts sont courts, souvent eviés vers le coté cubital, de volume inégal, aux bouts atrophiés; ces doigts jouissent d'une mobilité anormale, les os sont atrophiés, fracturés spontanément; les fragments sout séparés par une distance plus ou moins considérable, ce qui détermine les étranglements des anneaux cicatricils; il se fait là une véritable ostéomalacie par résorption des sels calcaires.

La scoliose n'èxiste pas dans la Lèpre.

Les membres inférieurs présentent, dans la Lèpre, des troubles trophiques et sensitifs rares dans la syringomyélie. Ces troubles trophiques sont: L'atrophie musculaire des éxtenseurs (steppage), le pied varus, L'ulcère perforant plantaire.

Les réflexes tendineux sout habituellement diminnés dans la Lèpre et éxagérés dans la Syringomyélie.

De plus, au début, la Lèpre s'accompagne de fièvre, d'hyperesthésie des membres, d'éxanthèmes.

Dans la Lèpre, le tronc ne présente pas de troubles sentitifs; aux membres l'anesthésie lèpreuse affecte des formes irrégulières, elle est diffuse et empiète sur le domaine de plusieurs branches nerveuses; la dissociation syringomyélique y est rare; mais on y trouve une autre forme de dissociation (perte de la sensibilité tactile avec conservation des sensibilités douloureuse et thermique).

Au point de vue anatomo-pathologique la Lèpre est réductible à une névrite (névrite interstitielle avec localisation principale dans le tissu conjonctif); ceci n'implique pas l'intégrité des centres nerveux (bacilles de Hansen dans les cellules des ganglions et des cornes antérieures).

Enfin, dans la moëlle des Lépreux, on n'a jamais trouvé des lésions syringomyélitiques et silon peut citer le cas de Souza-Martens, ce dernier contestable pour certains observateurs, ce cas présentait toutefois des bacilles dans les lésions Médullaires, dans les carités périépendymaires.

Nous basant sur ces faits, nous devons maintenir l'indépendance de la syringomyélie de la Lèpre; telle est l'opinion de Schultze lui-même qui ne voit aucun rapport entre ces deux affections.[1]).

La main, décrite par Leloir sour la dénomination de patte d'ours présente les caracteres principaux suivants:

Les doigts sont habituellement courts à cause de l'atrophie de la dernière phalange. La direction des doigts ne te continue pas avec cette des métacarpiens; mais ils sont quelque fois déviés vers le côté cubital de la main.

Leur volume n' est pas uniforme, le bout des doigts étant le plus souvent atrophié et coiffé d'un morceau d'ongle dèformé. De plus, des doigts présentent un ou plusieurs anneaux cicatriciels qui produisent sur eux des étranglements.

Sil'on vient à imprimer des mouvements à ces doigts, on constate qu'ils jouissent d'une mobilité anomale, qu'ils opposent très peu de résistance et qu'on peut les ployer dans différentes directions. De plus le squelette meme des doigts semble avoir une consistance moindre qu'à l'état normal. La radiographie, appliqué à l'étude de cette main, nous éxplique la raison des particularités qu'elle présente. En effet l'atrophie de l'extremité des doigts dépend de l'atrophie très considèrable ou même de la disparition des deux dernières phalanges, surtout de la dernière. En outre de l'amincissement de la phalangette et de la phalangine, on voit des fractures spontanées. Les os fracturés sont très atrophiées et les fragments séparés par une distance plus au moins considérable.

La radiographie nous enseigne, d'autre part, que la cause de ces anneaux cicatriciels que nous avons signalés réside dans la fracture et la résorption des phalanges terminales. Ou voit des doigts dont l'éxtrémité est privée de squelette et où il éxiste un anneau cicatriciel circulaire.

Le mécanisme des mutilations de cette main lépreuse est le suivant:

A la suite des troubles de nutrition des os, dûs aux altérations nerveuses, il se produit une véritable ostéomalacie par resorption des sels calcaires. Puis les os s'atrophient et se fracturent au point où la résistance est la plus faible. Les doigts n'étant plus soutenus par le squelette, se dévient et par suite de la formation des anneaux cicatriciels le bout des doigts y compris l'ongle s'atrophie et finit par disparaître.

1) Congrés International de Moscou. 1895 Schultze dit à l'heura actuelle il est impossible d'assigner à la Syringomyélie une Pathogénie uniforme il admet que dans un certain nombre de cas un arrèt de développement, dont les causes sont enore inconnues; Mr. Strauss n'aurait pas trouvé dans les placentas de nouveaunées lépreux de bacilles de la Lèprè; leurs toxines qui expliqueraient la transmission héréditaire, suivant Zambaco, ne pourraint-elles pas contribuer pas l'infection à cet arrèt de developpement? S'i l'on pourrait le démontrer la thèse de Zambaco deviendrait vraisemblable. Vous voyez que je cherche à faciliter l'enoncé du photogramme du Dr. Zambaco, qui reste à l'état d'Hypothése, L'avenir seul pourra en décider.

Il y a donc une rélation étroite entre l'atrophie des os, la fracture des phalanges et la formation des anneaux cicatriciels. [1])

Personne avant nous n'avait attiré l'attention sur les particularités et sur le mécanisme des déformations de la main lépreuse proprement dite.

Nous devons avouer cependant que Leloir et Marestang ont plusieurs fois parlé de l'ostéomalacie qui éxisterait dans la main appelée patte de phoque groeunlandais.

Je désire, Messieurs, que vous vous rendiez compte par vous même de ces caractères distinctifs et je vous présente ici, des photographies avec leurs dessins où vous pourrez voir différentes mains avec leurs déformations propres dans ces différentes affections.

Par les Rayons X. nous avous pu reproduire les altérations du squelette de ces mains, et si vous comparez ces différents squelettes pathologiques dans ces différentes affections avec la photographie de ce squelette d'un main normale, vous pourrez en faire facilement la distinction et vous rendre compte de la différence qui éxiste dans les altérations des phalanges dans ces maladies.

Voyez ces photographies, voyez ces dessins ne sont-ils pas assez évidents, assez importants pour qu'ils constituent des caractères cliniques différents et que nous ayons le droit de rester dualiste en invoquant les caractères cliniques.

Nous concluons:

Conclusions.

En résumé:

1. Il existe un syndrôme syringomyélique pouvant appartenir à plusieurs états morbides nerveux.

2. La lèpre peut se présenter avec ce syndrôme.

3. La syringomyélie, entité, morbide de Schultze, a droit de domicile dans notre pathologie, avec ses symptômes propres vu quelquefois polymorphes; avec ses altérations cavitaires, caracteristiques, mais sans le bacille de Hansen.

4. On peut rencontrer, mais très rarement, il est vrai, des lèpres anesthésiques avec le syndrôme syringomyélique, avec des altérations variées de l'axe médullaire nerveux, quelquefois même avec des altérations cavitaires, mais se caractérisant surtout par la présence du bacille.

5. A notre époque, riche en moyens d'investigation, il faut s'interdire de procéder par affirmation non justifiées, et nos recherches radiographiques nous conduisant à des altérations des phalanges, particulières dans la lèpre, se traduisant par des fractures spontanées dans ces cas et nullement par simple usure, comme on le voit dans la syringomyélie et la maladie de Morvan; elles constitueraient, avec d'autres manifestations symptomatiques, des caractères cliniques précieux, pouvant distinguer ces trois maladies entre elles.

[1]) Les fractures spontanées des os longs, dans le tabes, ont été, si je ne me trompe pas, indiquées dans trois cas de Syringomyelie par les os longs seulement.

6. La présence du bacille de Hansen, constitue, je le répète, le caractère anatomopathologique essentiel entre ces différentes affections nerveuses, à type syringomyélique, à moins qu'on ne puisse nous convaincre, que ce bacille pourrait être, à un moment donné, resorbé ou disparu du système nerveux médullaire.

7. Nos cas de sclerodermie ne nous portent pas à croire qu'il y ait une identité entre cette affection et la lèpre.

Nous ne nous refusons pas toutefois de reconnaître que dans la lèpre, il peut exister des troubles trophonévrotiques qui se traduiraient par une sclérose de la peau.

8. L'ainhum, affection congénitale, disais-je dans ma communication de 1892, pourrait dépendre de la lèpre, si l'on trouvait le bacille lépreux, dans cette affection, sa nature serait définitivement reconnue, et par cela même l'idée d'hérédité définitivement établie. L'ainhum ne serait qu'une lèpre congénitale incontestable.

Je termine, Messieurs, en soutenant que pour le moment on doit conserver le bacille, ce signe pathognomonique, constant, inéluctable, comme constituant un caractère distinctif, essentiel, entre la lèpre anesthésique et d'autres affections nerveuses; il serait le facteur indispensable, actif et déterminant ainsi que le soutient Hansen lui-même.

Il n'a jamais fait défaut dans les cas, suivis d'autopsie de lèpres nerveuses; il est regrettable que ces nécropsies, impossibles en Turquie, ne puissent pas bactériologiquement confirmer Monsieur Zambaco, d'une manière définitive dans ses affirmations.

Je puis rester cliniquement, uniciste avec mon très distingué confrère et dans des cas très rares, il faut l'avouer.

Je ne puis cependant pas me départir de l'idée dualiste du moment où le bacille est absent et qu'il peut nous servir de caractère distinctif entre la lèpre anesthésique et les autres affections à syndrôme syringomyélique.

Herr **Babes** (Bukarest):

Ich habe einige Präparate aufgestellt, welche sich auf Nervenlepra beziehen, namentlich Spinalganglien. Man sieht, dass die Nervenfasern derselben intakt sind oder wenigstens sehr wenig verändert, und ich kann nicht anders, als behaupten, dass in dem Falle die Leprabacillen zu sehen sind. Es sind jetzt einige Nervenzellen eingestellt, welche im Gegensatz zu gestern nicht normal, sondern entartet sind. Die Bacillen liegen im Innern dieser Pigmenthaufen, welche sich im Innern in diesen Nervenzellen befinden und welche sich infolge pathologischer Processe vergrössert haben, sodass sie oft die ganze Zelle einnehmen. In Bezug auf das Rückenmark habe ich ebenfalls mehrere Schnitte zum Vergleich ausgestellt. Man sieht namentlich in verschiedenen Fällen, besonders bei Pellagra, bei Lepra, bei Syringomyelie das Verhältniss der hinteren Wurzel zum Rückenmark selbst.

Die Therapie, insbesondere Sero-Therapie.

Herr **Olaya Laverde** (Socorro):

Avant d'aborder le traitement de la lèpre par la sérothérapie, qui est l'objet unique de cette communication; nous demandons la per-

mission d'exposer devant vous nos idées sur la thérapeutique de cette maladie en général.

Quelle que soit la valeur de la médication spécifique de la lèpre, il n'est pas douteux pour aucun de nous, que cette médication sera fatalement une médication à longue échéance. L'évolution naturelle de la maladie ne nous permet pas de la concevoir autrement. Dès lors, nous serons amenés à considérer le traitement de la lèpre sous deux faces, sous deux aspects, qui ont chacun leur importance: le traitement général, et le traitement spécifique.

Chaque fois que nous avons entrepris de traiter un lépreux, nous nous sommes fait un devoir d'examiner soigneusement l'état général du sujet, les voies digestives, le coeur, les pomons, les viscères, le système nerveux, les urines, et eufin les lésions de la peau. Ce n'est que lorsque toutes ces indications particulières ont été remplies par une médication appropriée, que nous avons commencé l'application de notre traitement que nous considérons comme spécifique.

Du traitement général nous ne dirous que quelques mots pour insister seulement sur les deux points principaux: D'abdrd l'hygiène alimentaire: En général nous recommandous à nos malades le régime lacté mixte c'est à dire: deux litres de lait environ, et l'usage des légumes verts, des viandes blanches et de tisane vineuse. L'hygiène de la peau est des plus importantes: Les ulcérations sont lavées soigneusement désinfectées au permanganate de potasse, et recouvertes d'un pansement humide à l'eau bouillie. — Tous les lépromes, tous les tubercules lépreux sont attaqués et detruits au thermocautère, opération extrémement facile, et véritablement salutaire. —

Passons maintenant au traitement spécifique: Vous savez déjà qu'il consiste pour nous exclusivement dans la pratique de la sérothérapie. Avant d'aller plus loin, nous tenons à vous faire savoir que ce traitement a été discuté et approuvé par tous les membres de la société de médicine de Bucaramanga, tous léprologues, familiarisés avec toutes les variétés de la lèpre, et rompus dans l'exercice quotidien de la thérapeutique de cette maladie.

Je ne fatiguerai pas inutilement l'attention de nos honorables confrères par l'exposé de la technique que nous avous suivie. Chacun pourra consulter à ce sujet les deux articles la Revista Medica de Santander qui sont ici à la disposition de tous. Nous dirons seulement que nous nous sommes servi du sérum d'animaux inoculés avec les produits les plus virulents de la lèpre.

Voici les résultats que nous a donné ce traitement. Sur les 60 malades, que nous avons pu soigner, plus ou moins complétement, nous avous toujours observé une réaction favorable, une amélioration évidente; sur ce point donc, il nous semble permis de prononcer le mot de médication spécifique. Si cette amélioration à été plus ou moins marqué, plus ou moins importante, elle n'a jamais fait défaut et elle a toujours été assez évidente pour que tous nos confrères de Bucaramanga aient été convaincus, que ce changement n'était pas dû à une régression fortuite et naturelle de la maladie.

Cette amélioration, porte d'habitude, sur tous les symptomes à la fois: Du côté de la peau, on voit les infiltrations se résorber, les

épaississements s'assouplir, les taches et les pigmentations s'atténuer peu à peu; les tubercules se résorbent pour la plupart; ceux qui sont ulcérés se cicatrisent à vue d'oeil. Du côté du système nerveux on voit l'anesthésie régresser très rapidement, le sens du toucher reparaître, acissi que l'olfaction. Les malades qui souffrent des névralgies terribles spéciales à la lèpre voient leurs douleurs se calmer; les parésies musculaires résultant des nérvites périphériques, font place à une tonicité plus grande des muscles, et les mouvements des doigts et des orteils qui étaient imperceptibles, deviennent apparents et suffisants pour permettre la préhension et la station ou la marche normale.

Nous n'avons pas manqué de faire des examens fréquents de la peau à l'aide de microscope. Le bacille de Hansen qui s'y constate avec facilité avant le traitement, devient de plus en plus rare, et disparaît complétement lorsque les infiltrations et les lépromes ont disparu. En un mot la peau redevient saine à eertains endroits où elle était primitivement infectée de nombreux bacilles.

Dans plusieurs cas, actuellement au nombre de six, ayant tous été traités à l'institut sérothérapique de Bucaramango l'amélioration a été assez complète pour être considéré par mes collègues et moi comme une guérison au moins temporaire. L'avenir seul nous dira si cette guérison est définitive et mérite véritablement ce nom.

Ce n'est donc pas un remède specifique infaillible donc nous venons vous faire part ici, notre méthode est encore dans l'enfance et nul ne peut dire ce qu'elle deviendra demain; mais en attendant que la culture du bacille de Hansen passe dans le domaine de la réalité (ce qui ne saurait tarder), en attendant que nous puissions isoler ou mettre en evidence dans nos sérums encore rudimentaires, l'anti-toxine probable, n'avons nous pas le droit de continuer nos effets dans cette voie, en y apportant toute la précision désirable, en profitant des conseils précieux que nos maîtres ici ne dédaignent pas de nous donner?

Herr **Hallopeau** (Paris):

J'ai traité à l'hôpital St. Louis 6 cas de lèpre tuberculeuse par le serum de Carasquilla; dans 3 de ces cas les résultats ont été absolument négatifs, deux des malades ont eu des poussées intenses pendant la durée de ce traitement (Voir: Hallopeau, rapport à l'Académie de Médecine de Paris, séance du 28. septembre 1897).

Si l'on considère que les rémissions suivent spontanément dans la lèpre après les poussées aiguës, on ne pourra affirmer, qu'il y a amélioration et guérison que si, après de longs intervalles, il ne se produit pas de nouvelles poussées.

Herr **Besnier** (Paris):

J'ai l'honneur de présenter à la Conférence:

1. La chromographie, sur moulage, d'un cas de lèpre tuberculeuse que j'ai traité de 1888 à 1893 avec huile de Chaulmoogra etc. et cautérisations energiques au galvanocautère.

2. La photographie faite il y a peu de semaines du malade dont j'ai publié l'observation dans le XX. fascicule du Musée de l'Hôpital St. Louis.

Le but de cette présentation est de protester contre la proposition qui a été émise, mettant en doute la réalité des actions efficaces de la médication et du médecin sur la maladie lépreuse, réalité indéniable.

Herr **Abraham** (London) referred to the joint communication which Dr. Hermann and himself had presented to the conference on the serum therapie of leprosy. The serum which they had used was prepared in a very different way from that of Dr. Carrasquilla. Shorthy, the method was as follows. Fluid containing bacille was expressed by means of a special champ from recent leprosis nodules; this jurie was mixed with normal salt solution and injected into a healthy horse, which altogether received some 10 injections. This horses serum was then used for injection into 3 patients in London, and some sent to the Robben Island leper Asylum, was also tried in 3 cases. The serum had a definitiv affect in two of the London cases, and one of them believed that the effect on the whole was good; they suffered, however, to much after the operation, that the experiments could not be long continued. One of the Robben Island cases, (of which photographe were passed round) seemed benefite much after receeving 90 cc. of the serum the became stouter, his paralysis and lass of sensation were diminised and some of the maculae became less marked.

Dr. Carrasquilla kindly sent to Dr. Hermann a sample of his serum, this was tried in one case in London without good result, and e similar report came from Robben Island where it was tried in one on two cases.

Our observation are of course such prelimenary and are not complete, and we cannot as yet come to any final conclusion as to the value of this method in particular or of serum therapy in general and in leprosy we considered the experiments however with making although they rought

Herr **Alvarez** (Honolulu):

After six months of treatment of leprosy wit Carrasquilla serum and may report the results as follows.

Of 14 patients treated two showed improvement.

One with lepra añaesthetica recovered almost normal sensation in his left hand during the first weeks of treatment; disappeared almost entirely in spite of continued treatment.

Another patient with lepra tuberosa improved wonderfully in the first weeks of treatment, the ulcers on his palate and the oedema of his ears and some tubercles persisted.

I have often observed new eruptions during the progress of the treatment contrary to the statement of Dr. Carrasquilla that „after the first injection no new manifestations of the disease appear.“

I have not observed the reactions described by Dr. Carrasquilla in the horses or in the lepers, except in two cases which suffered a very severe attack of asphyxia which lasted about 10 Minutes.

The other 12 patients did not show any improvement.

I have found Thyroid Extract an efficient remedy against the oedema of leprosy, in doses of $2^1/_2$ grains 3 times a day.

Herr **Petrini de Galatz** (Bucarest):

Nous savons tous à quoi nous en tenir sur le traitement de la lèpre. Mais lorsqu'nn vient nous dire avoir observé des bons résultats avec la sérothérapie, tout en employant la médication tonique, les pansements avec le permanganate de potasse etc., nous avons le droit de répondre que ce n'est pas la sérothérapie dans de tels cas qui a agi favorablement, mais les autres médications qu'on a ajoutées.

Ainsi je ne dis pas qu'on ne doit pas essayer la sérothérapie du moment que nous n'avons pas une médication spécifique, mais qu'il ne faut pas exagérer.

Tout de même le cas remarquable de guérison (qui se maintient depuis 8 ans) de Monsieur Besnier nous montre le bien-fondé de la médication combinée. De mon côté, parmi les cas que j'ai eu a soigner, j'ai observé que les malades soignés à l'hôpital, n'ont pas béneficié de la médication combinée autant qu'un autre malade que j'ai soigné en ville, qui vit dans de bonnes conditions hygiéniques; celui-ci a bénéfié bien d'avantage, si bien, que, quoique malade de la lèpre tuberculeuse depuis plus de 10 années, il est assez bien, et à le voir on ne dirait pas, qu'il a la lèpre, mais un télangiectasie du visage.

Donc avant tout, les bonnes conditions hygiéniques agissent mieux alors qu'on suit aussi la manière de voir du traitement de Monsieur E. Besnier.

Monsieur Laverde a dit que sous l'influence de la sérotherapie il a observé la résorption des lépromes. Mai j'y répondrai: si l'on étudie les taches suites de lépromes résorbés, celles-ci contiennent souvent des bacilles en abondance. Par conséquent, la présence des bacilles indique ce que l'on doit penser de cette guérison.

Herr **Doutrelepont** (Bonn):

Ich habe 3 Fälle von Lepra seiner Zeit in meiner Klinik beobachten können, habe alle möglichen Mittel versucht und bin zu dem Schluss gekommen, dass sie gar keine Wirkung haben. Man kann ja die Knoten vollständig zerstören; sie heilen gerade auch wie Lupusknoten, tuberculöse Knoten. Aber damit ist die Krankheit durchaus nicht geheilt. Oleum Colmagra habe ich auch probirt. Es wird am Rhein nicht so gut vertragen. Ich habe meist nur Magenerkrankungen davon gesehen.

Man muss eigentlich ein bischen vorsichtig sein mit der Annahme einer Besserung bei solchen Kranken. Ich habe bei manchen Kranken sehr häufig gesehen: wenn man ein neues Mittel anwendet, fühlen sie sich zunächst viel besser, und diese Suggestion wirkt eigentlich mehr, als das Mittel. Als Beispiel dafür möchte ich den Fall noch einmal erwähnen, der am ersten Tage vom Kollegen Weber vorgestellt worden ist. Sie haben ihn hier ohne Knoten gesehen; das heisst, Infiltrationen waren ganz deutlich zu sehen. Wie der Patient zu mir kam, war eine ganz deutliche Lepra tuberosa mit Knoten an der Stirn, im Gesicht und am Hals. Die Sachen sind vollständig zurückgegangen, aber ich glaube, nicht durch die Therapie, denn im allgemeinen finde ich den

Patienten jetzt schlechter, als wie ich ihn damals in meiner Klinik beobachtet habe. Man muss natürlich weitere Versuche machen. Alles ist ja zuletzt Versuch bei einer solchen unheilbaren Krankheit. Aber dasjenige, was wir bis jetzt kennen, ist meiner Ansicht nach durchaus nicht heilend für die Lepra. Man kann selbstverständlich die Sache zur Vernarbung, zur Heilung bringen; aber damit ist die allgemeine Erkrankung an Lepra nicht geheilt. Die Bacillen finden sich in den Endothelien der Gefässe u. s. w. Ueberall da können wir mit unseren Mitteln nicht herangehen und sie zerstören. Sie circuliren auch im Blut und Mittel, die die Bacillen vollständig da tödten, besitzen wir bis jetzt nicht.

Herr **Raynaud** (Alger):
donne un résumé des résultats qu'il a obtenu avec la sérothérapie de Carrasquilla.

Herr **Unna** (Hamburg):
In Bezug auf das, was Sie bei Lepra erreichen können, unterschreibe ich Wort für Wort, was Herr Besnier gesagt hat. Wenn die Lepra sich so auffallend bessert, wie wir es an authentischen Beweisen gesehen haben, so hat das nicht die Lepra gethan, sondern der Arzt. In Bezug auf die allgemeine Behandlung, welche auf sämmtliche Formen der Lepra Einfluss hat, die anästhetische, sämmtliche Formen der Hautlepra, habe ich in 12 Jahren keine Methode gefunden — und ich habe alle möglichen Organtherapieen auch gebraucht — welche mir Nutzen zu haben schienen. Dagegen können wir sicherlich sehr viel durch Mittel erreichen, welche gewisse Symptome beseitigen, die ungemein der Verbreitung der Lepra Vorschub leisten, besonders die Oedeme, die Cyanosen. Es werden in dieser Beziehung drei Mittel bei mir angewendet: Ichthyol, Alexin und Strychnin. Leider habe ich mit Chalmoogra dieselben Erfahrungen gemacht, wie Herr Doutrelepont. Ich habe sie in grossen Dosen anwenden wollen — es ist unmöglich. Das Mittel muss so umgearbeitet werden bei uns, dass es in grossen Dosen vertragen werden kann; dann haben wir vielleicht dieselben Erfolge, wie in Paris. In der örtlichen Behandlung haben wir auch die concomittirenden Symptome zu beseitigen, die Pigmentflecke, die ödematösen Schwellungen. Dafür kenne ich nichts Besseres, als eine Schmiercur mit Mitteln, die ich früher angegeben habe, unter denen das Alexin den Sieg davon getragen hat, zugleich mit grüner Seife. Das hilft für einen grossen Theil der Fälle: innere Behandlung und ausserdem Behandlung mit Schmiercur. Dann bleiben immer noch Fälle, auf die diese Mittel gar nicht wirken. Das sind die von mir in anderer Beziehung genannten Cutisleprome. Auf diese wirken nur Aetzmittel. Um Ihnen zu zeigen, dass es nicht egal ist, womit man ätzt, habe ich Ihnen im Nebenzimmer die Resultate bei einem Patienten aufgestellt, der ein sehr schwerer Fall von Cutisleprom war, bedeckt mit Riesenlepromen, die in der Haut sassen, auch im subcutanen Gewebe. Da habe ich mit verschiedenen Mitteln geätzt, in der Weise, dass ich die vier Extremitäten genommen habe, die sehr gleichmässig befallen waren

und die eine mit Kali causticum in Substanz, die zweite mit rauchender Salpetersäure, die dritte mit concentrirtem Eisessig und die vierte mit concentrirter Carbolsäure behandelt habe, und es hat sich nach vier Monaten gezeigt, dass die rauchende Salpetersäure, so prompt sie im ersten Augenblick wirkt, gar keinen Einfluss hat, die rauchende Essigsäure gar kein Resultat, dagegen Kali causticum ein wunderbares Resultat und Carbolsäure ein fast ebenso gutes. Sie sehen an den histologischen Präparaten, wie die rauchende Salpetersäure und Kali causticum verschieden wirken. Das Gewebe wird von beiden angegriffen, es sind verschorfte Partien. Aber während bei der Kali causticum-Aetzung die Bacillen vollständig verschwunden sind, sind an der Salpetersäureseite alle Bacillen in dem verschorften Gewebe wunderbar färbbar erhalten. Ich prognosticire also der Kalibehandlung, die ich meistens jetzt so vornahm, dass ich Kali causticum und Carbo usticum zur Paste gemacht auf die Stelle aufstreiche, eine Zukunft. Sie hat nicht bloss Einfluss auf die furchtbar hartnäckigen Cutisleprome, sondern auch auf die hypertrophischen Symptome, auf die einfache Form der Leontiasis.

Herr **Dehio** (Dorpat):

Ich habe die von Carasquilla in Bogota angegebenen therapeutischen Versuche mit Heilserum bei Lepra wiederholt.

Behufs Erlangung der Lepraheilserums wurde ein gesundes, siebenjähriges Pferd auf folgende Weise behandelt:

Es kam zunächst darauf an, geeignete Individuen, die an Lepra tuberosa litten, ausfindig zu machen, von welchen wir grössere Partien Blutes durch Venaesection gewinnen wollten. Wir suchten solche Kranke aus, welche noch nicht lange an der Krankheit litten, bei denen die ersten Knoteneruptionen vor 4—6 Monaten bis höchstens $1^1/_2$ Jahren stattgefunden hatten; vor allen Dingen aber sahen wir darauf, dass die Kranken nicht an Ulcerationsprocessen, sei es auf der Haut oder auf den Schleimhäuten litten, dass dieselben nicht fieberten, bei gutem Ernährungszustand waren und überhaupt das Bild einer deutlichen und zweifellosen, reinen, noch nicht sehr weit vorgeschrittenen Lepra tuberosa boten. Die Venaesection wurde unter aseptischen Cautelen vorgenommen und das Blut, etwa 2—300 ccm, in sterilen Glasgefässen aufgefangen, sofort luftdicht verschlossen und 2 mal 24 Stunden in kühler Zimmertemperatur stehen gelassen. Es gelang uns stets auf diese Weise ein klares, bernsteingelbes, nur zuweilen etwas röthlich gefärbtes Serum zu erlangen, welches insofern keimfrei war, als je 10 Tropfen desselben in Peptongelatine zu Platten ausgegossen, keine Pilzcolonien wachsen liessen; nur einmal wurde in einem Petrischälchen eine Schimmelcolonie gefunden. Dieses Serum wurde in ansteigender Dosis dem zu impfenden Pferde subcutan injicirt. Um völlig sicher zu gehen, benutzten wir zu jeder Injection das Blut eines anderen leprösen Menschen, so dass wir zu den 5 Injectionen, die das Pferd erhalten hat, 5 verschiedene Lepröse venaesecirten. Das Pferd erhielt zunächst am 25. Februar in der Schultergegend eine Injection von 48 ccm, sodann am 4. März 85 ccm, am 22. März 100 ccm, am 4. April 102 ccm,

und alle diese Injectionen bewirkten seitens des Pferdes keinerlei bemerkliche Reactionen. Temperatur, Puls und Respiration blieben völlig unverändert, höchstens erhob sich die Temperatur in den ersten 24 Stunden um einige Zehntelgrade; Appetit und Durst blieben unverändert und das Thier blieb nach wie vor munter und anscheinend völlig gesund.

Am 16. April wurden dem Pferde aus der Jugularvene unter strenger Asepsis 2 Liter Blut entnommen, welches sodann unter luftdichtem Verschluss 3 mal 24 Stunden stehen gelassen wurde. Mit sterilen Pipetten hoben wir das Serum in sterile Glasgefässe von 50—100 ccm Inhalt und fügten demselben behufs der Conservirung entweder bis zu $^1/_2$ pCt. Carbolsäure, oder die Spitze eines kleinen Federmessers voll pulverisirten Camphers hinzu. Das auf diese Weise gewonnene Heilserum (circa 600 ccm) wurde luftdicht verschlossen und bis zum Gebrauch in einem kühlen Keller aufbewahrt; dasselbe war gelb, klar und völlig geruchlos, nur in einzelnen mit Carbolsäure versetzten Partien bildeten sich hin und wieder kleine Flöckchen, die anscheinend aus Fibrin bestanden. Die bacteriologische Untersuchung dieses Serums, welche derart vorgenommen wurde, dass je 10 Tropfen mit Peptongelatine in einem Petrischälchen ausgegossen wurden, ergab, dass die Hälfte der in Glasgefässe abgefüllten Partien völlig keimfrei war, während das Serum aus den übrigen Gefässen 40—100 Coccencolonien im Petrischälchen aufgehen liessen. Microscopisch waren 3 verschiedene Arten von Coccen zu erkennen. Der Umstand, dass ein Theil des gewonnenen Serums steril war, beweist wohl, dass es sich im anderen Theil um zufällige Verunreinigungen handelte, die aus unschuldigen Luftbacterien bestanden. In der That war die physiologische Wirkung des Serums die gleiche, einerlei ob wir sterile oder coccenhaltige Fläschchen benutzten.

Am 20. April begannen wir mit den subcutanen Injectionen dieses Lepraheilserums, wie ich es fortan nennen will, am Menschen. Mittlerweile jedoch impften wir unser Pferd noch ein 5. Mal am 20. Mai mit 180 ccm des Serums eines tuberös-leprösen Kranken. Auch dieses Mal blieb die Reaction von Seiten des Pferdes aus; die Temperatur stieg einige Stunden nach der Injection von 37,6 auf 38,1 und sank 4 Stunden später wieder zur Norm. Diese kleine Schwankung liegt noch in den Grenzen des Physiologischen. Am 30. Mai wurden dem Pferde abermals durch die Ingularvene 3600 ccm Blut entnommen zur Gewinnung einer weiteren Portion Lepraserums. Da das Blut sich aus der Vene im freien Strahle ergoss, so war es leicht, dasselbe in völlig reinem Zustande in 6 sterilen Gefässen aufzufangen. Nachdem das Blut 2 Tage gestanden hatte, gewannen wir circa 400 ccm schönen, klaren Serums, am 3. Tage hoben wir von den Blutkuchen der 3 übrigen, noch nicht geöffneten Gefässe 600 ccm Leproserum ab. Die Prüfung vermittelst Peptongelatineplatten erwies, dass das Serum in 4 Gefässen völlig keimfrei war, während in 2 Gefässen von 10 Tropfen Serum nur 2 resp. 8 Culturen gewachsen waren, von denen eine aus Schimmelpilzen und die übrigen aus Coccen bestanden. Das in kleine Gefässe übergefüllte Lepraserum blieb auf die Dauer völlig klar.

Mit dem auf diese Weise gewonnenen Lepraheilserum, das wir

somit durch zwei Aderlässe vom Pferde erhalten hatten, haben wir nun unsere therapeutischen Versuche an Leprakranken angestellt. Wir benutzten hierzu unterschiedslos die verschiedensten Formen und Stadien der Krankheit und haben nur ganz desolate Fälle, welche schon lange im Bette lagen, von der Serumbehandlung ausgeschlossen. Im Ganzen haben wir 19 Kranken das Lepraheilserum injicirt, von denen 13 der tuberösen Form, 4 der maculösen und 2 der gemischten Form angehören. Den Vorschriften von Carrasquilla entsprechend haben wir mit sehr kleinen Dosen begonnen und dieselben allmählich gesteigert, indem wir dieselben durchschnittlich alle 3—4 Tage wiederholten. Wir injicirten zuerst 1, dann 2, 3, 4, 5, 7, 10 ccm. Nur zuletzt, als wir uns von der Unschädlichkeit der Injectionen überzeugt hatten, begannen wir bei 2 Patienten mit 3 und stiegen auf 10 ccm. Schliesslich haben 5 Patienten (die kräftigsten) 15 und einer auch 20 ccm auf einmal injicirt erhalten. Wir benutzten die Glutäalgegend zu den Injectionen.

Es sei hier eingeschaltet, dass wir, um uns von der Wirkung des normalen Pferdeserums zu überzeugen, unserem Pferde, bevor wir mit der Immunisirung desselben begannen, einen Aderlass machten und ein Normalserum herstellten, welches wir zu 3—5 ccm pro dosi nicht nur den leprösen, sondern auch sonstigen gesunden und kranken Menschen unter die Haut injicirten.

Die Wirkungen dieser Einspritzungen von Normalserum waren sehr gering und entsprachen völlig denen, die schon Johannessen beschrieben hat.

Was nun die Wirkung der Injectionen des Lepraheilserums betrifft, so müssen wir eine locale Reaction und eine allgemeine Reaction unterscheiden. Die locale Reaction bestand, wenn sie überhaupt eintrat, in einer Röthung und entzündlichen Schwellung der Haut und des subcutanen Bindegewebes von Thaler- bis Handtellergrösse an der Injectionsstelle; sie war nur wenig schmerzhaft und druckempfindlich und resorbirte sich stets in 2—3 Tagen. Die Allgemeinreaction äusserte sich in einer mässigen, 12-36 Stunden dauernden Temperatursteigerung, die fast niemals 39° C. überschritt und nur selten von stärkeren Störungen des Allgemeinbefindens, wie Kopfschmerz, Gliederschmerzen und Mattigkeit, begleitet war. Bei einem Kranken trat wiederholt, auch nach der Injection kleinerer Serummengen, ein von schwerem allgemeinem Krankheitsgefühl begleitetes, über den ganzen Körper verbreitetes, theils fleckiges, theils diffuses Erythem auf, das in 24—48 Stunden wieder schwand. In vielen Fällen fehlte die Allgemeinreaction ganz oder fast ganz.

Wir haben alle unsere Kranken consequent vom 20. April bis zum 30. Juli, also fast $2^1/_2$ Monate lang, mit diesen Seruminjectionen behandelt — aber was die therapeutischen Erfolge anlangt, so bedaure ich erklären zu müssen, dass dieselben gleich Null waren. Kein einziger meiner Leprakranken ist geheilt worden, ja kein einziger hat auch nur die geringste Besserung erfahren — wohl aber traten bei Einigen während der Behandlung Nachschübe und Eruptionen neuer Knoten auf, wie sie auch ohne jede Therapie vorkommen. Ich bemerke, dass während der Dauer der Serumbehandlung jegliche sonstige Medication unterlassen wurde.

Ich habe also von den günstigen Heilerfolgen, welche Carrasquilla beschreibt, keine Spur finden können. Ich weiss nicht, wie ich diese Differenz erklären kann, denn ich habe mich bei der Herstellung des Heilserum streng an die Vorschriften Carrasquilla's gehalten und dasselbe genau ebenso wie er injicirt. Ich glaube aber auch auf alle Erklärungsversuche bezüglich meines Misserfolges verzichten zu können, so lange die theoretischen Grundlagen, welche die serotherapeutischen Versuche Carasquilla's motiviren können, uns noch fehlen.

Herr **Arning** (Hamburg):

Auch ich hatte durch die Güte des Herrn Carrasquilla Serum geschickt bekommen, und unter den Fällen, die mir zur Disposition standen, war nur einer, wo ich es wagte, dieses Serum zu probiren. Der Fall war kurz vorher von mir in das allgemeine Krankenhaus verlegt worden. Mit Genehmigung des Directors des Krankenhauses, Prof. Lenhartz habe ich die Injection bei ihm gemacht. So, wie es Herr Dehio eben hier aussprach, ist unser Resultat nicht gewesen. Im Gegentheil, nach der ersten Injection in Höhe von 3 ccm bei dem allerdings sehr schweren Falle von tuberöser Lepra, der eigentlich schon kurz vor dem Ende war, war eine uns Allen so auffallende und so charakteristische Besserung vorhanden, dass wir geradezu erstaunt waren. Es geschah am 4. Juli. Er fing am dritten Tage an, ohne irgendwelche localen Erscheinungen zu fiebern, hatte Abends 41,5 und eine ganz ausgesprochene fulminante Eruption von Knoten, die aber am 2., 3. Tage schon anfingen, spontan zu ulceriren, und zwar hat sich in allen diesen frischen Knoten durch die bacteriologische Untersuchung eine grosse Anzahl von Leprabacillen gefunden, aber auch bei Züchtungsversuchen keine Staphylococcen und keine Eitererreger. Also es scheint, als ob ein eitriger Zerfall durch das Gift der Leprabacillen selber zu Stande gekommen ist. Diese Infiltrationen heilten auffallend schnell ab, und zugleich — und das war uns das Merkwürdigste — hob sich das Gewicht des Patienten stetig in der auffallendsten Weise. Der Patient, ein 22jähriger junger Mensch, der seit 10 Jahren erkrankt war — es ist derselbe, über den Naunyn und ich die Nervenuntersuchungen gemacht haben, die vor 2 Jahren im Virchow'schen Archiv publicirt worden sind — war auf ein Gewicht von 47 kg heruntergekommen und stieg vom dritten Tage an, wo das Fieber überwunden war, im Körpergewicht, sodass es sich innerhalb 14 Tage um 5 kg hob. Ausserdem konnte der Kranke vom ersten Tage an wieder schlafen ohne Morphium, was er zwei Jahre bekommen hatte; er hatte wieder Freude am Leben und meinte, er würde nun besser. Das ist vielleicht ein mehr subjectives Symptom, aber das war unsere Empfindung: eine ganz bedeutende Besserung, trotzdem sich bedeutende und heftige Schmerzen in den Gelenk- und Nervenstellen einstellten. Am 22. Juli bekam er eine zweite Injection von 3 ccm, am 29. Juli eine dritte Injection von 4 ccm, und wir konnten beobachten, dass die Temperatur sich immer erst am dritten Tage nach der Injection hob. Es steht hier verzeichnet: Die Ulcera heilten alle, und zwar vor allen Dingen die Schleimhaut-Ulcera.

Er hatte grosse Ulcera am Rachen, die wir seit zwei Jahren ver-

geblich mit localen Mitteln behandelt hatten; die heilten alle ab, obwohl jede andere Behandlung während der Serumbehandlung selbstverständlich ausgeschlossen war. Der Appetit hob sich, das Körpergewicht nahm in der genannten Weise zu, und vor allen Dingen kam auch die Stimme wieder.

Die seit 2 Jahren bestehende Aphonie hob sich, der Patient sprach wieder mit lauter Stimme. Sie können sich denken, dass wir der weiteren Entwicklung der Sache nun sehr hoffnungsvoll entgegensahen. Wir injicirten am 16. August weiter $4^1/_2$ ccm und da war wieder ein frischer Schub von Knoten. Die vereiterten, aber das Allgemeinbefinden blieb dauernd günstig.

Die Kehrseite der Medaille aber blieb nicht aus. Am 30. August, Nachmittags wurde die fünfte Injection von 5 ccm Serum, allerdings von einer neuen Sendung, vorgenommen. Er bekam wieder am vierten Tage Fieber, aber ohne locale Erscheinungen. Am Serum selber schien es nicht zu liegen; es war auch klar, und wir hatten vorher Kaninchen injicirt, um zu sehen, ob irgendwelche septischen Bestandtheile dabei waren. Von dieser Zeit an hat Patient andauernd gefiebert, hat sein gesammtes gewonnenes Körpergewicht wieder eingebüsst und ist, wie ich am Sonnabend von Hamburg wegging, in demselben traurigen Zustand gewesen, wie er war, als wir mit der Injectionscur anfingen. Ich habe mit Herrn Carrasquilla darüber gesprochen; er sagt: Continuez, continuez! Der Patient ist jedoch nicht in dem Zustande, dass ich gewagt habe, noch eine Injection zu machen.

Immerhin scheint mir doch eine derart auffallende, wohl constatirte und zwar nicht allein subjective, sondern durch die Steigerung des Körpergewichts so klar gezeigte Besserung der Mühe werth zu sein, sich mit der Sache etwas mehr zu beschäftigen, als es dem Anscheine nach jetzt geschehen soll.

Herr **Brieger** (Berlin):

Wir haben 2 Fälle mit der Serumtherapie des Herrn Carrasquilla behandelt. Der eine, ein Mädchen, bot die tuberöse Form dar. Wir haben ihr ca. 20 ccm im Laufe von 3 Wochen injicirt, ohne den geringsten Erfolg. Der andere Fall betrifft einen Mann mit der mehr makulösen Form. Da haben wir im Laufe von 3 Wochen, beginnend mit 5 ccm, im Ganzen 95 ccm des Carrasquilla'schen Serums, das durch Vermittelung der Regierung uns zur Verfügung gestellt wurde, injicirt, ebenfalls ohne den geringsten Erfolg. Wir haben in der letzten Zeit manchmal 20 ccm eingespritzt und dabei eine sehr erhöhte Temperatur erhalten und zugleich einige Urticaria. Die Urticariapusteln wurden allmählich blutig und bildeten sich erst ganz langsam zurück. Es lässt sich also nach diesen beiden Fällen beurtheilen, dass entschieden hier keine Wirkung zu constatiren war.

Wie soll aber überhaupt auch theoretisch eine Wirkung zu constatiren sein? Herr Carrasquilla spritzt einfach Blutserum, das er den Menschen entnommen hat, Pferden ein, und jeder, der sich mit der Immunitätslehre beschäftigt, weiss, dass dieses Blutserum sehr rasch wieder ausgeschieden wird.

Wir haben überhaupt gar keine Ahnung, ob Antitoxine oder

Toxine sich in dem Serum befinden. Ich weiss ganz genau, dass irgendwelche giftige Substanz sich in dem Serum der Leprösen nicht befindet. Ich habe darüber ziemlich ausgedehnte Untersuchungen ausgeführt. Auch in den Secreten ist nichts zu finden, was darauf hindeutet, dass Leprabacillen überhaupt ein Toxin bilden. Man darf doch nicht Alles bei der Medicin gleich nach einem Schema beurtheilen. Wie es eine Reihe von Bacterien giebt, die Toxine bilden, so giebt es auch solche, die keine bilden, die höchst wahrscheinlich auf mechanischem Wege wirken. Da haben wir nun seit einer Reihe von Jahren, seitdem unser Institut besteht, immer und immer Gelegenheit gehabt, Lepröse zu beobachten und haben immer gerade den therapeutischen Standpunkt dabei sehr betont. Wir haben unter Leitung des Geheimrath Koch alle Mittel geprüft, die empfohlen worden sind, sämmtlich mit negativem Erfolge. Wir haben auch die Mittel versucht, die College Unna empfohlen hat, also Ichthyol; von Ichthyol haben wir nichts gesehen, weder innerlich noch äusserlich. Wir haben auch mit Kalilauge geätzt, einem Mittel, das gerade in der Dermatologie eine besondere Rolle spielt. Es ist ein sehr unangenehmes Mittel, die Kranken empfinden grosse Schmerzen, ausserdem lässt sich die Wirkung nicht berechnen, die Lauge fliesst nach allen Richtungen hin, und die armen Kranken, die schon genug gepeinigt sind, werden dadurch noch mehr belästigt. Einen Effect aber habe ich dabei nicht beobachtet.

Herr **Carrasquilla** (Bogota):

J'ai eu l'honneur de présenter un mémoire à la Conférence. Malheureusement je ne sais parler, à part l'espagnol, ni l'allemand ni l'anglais, seulement un peu de français. Je peux vous assurer, et j'ai la conviction absolue, que la thérapie que j'emploie, amène toujours, je ne dis pas la guérison, mais l'amélioration. Si des collègues ont obtenu des résultats différents, je ne le comprends pas. J'ai traité des malades lépreux depuis 1895; et chaque fois que j'ai traité les malades avec attention, l'amélioration survint. Je suis près à en faire la démonstration dans la Conference qu'aura lieu à Paris en 1900, selon la proposition de Mr. Besnier pour constater qu'il y a une médication efficace dans ce traitement. Il disait que dans l'hôpital St. Louis il a traité des malades avec le serum sans avoir obtenu aucune modification. Mais mes collègues venant de l'Amérique, de Vénézuéla etc. ont trouvé les mêmes modifications que j'ai obtenues moi même. Je parle la vérité et je dis ce que j'ai déjà écrit. Je prie tout le monde de faire la preuve de mes malades parmi lesquel se trouvent des femmes qui se sont mariées et qui jouissent d'une parfaite santé. Malheureusement ici toutes les apparences sont contre moi.

Herr **Neisser** (Breslau):

Zur Therapie kann ich mich auf die ganz kurze Bemerkung beschränken, dass auch ich trotz unendlicher Variation mit allen möglichen Mitteln auch nicht ein einziges kenne, welches wirklich Heilresultate erzielt hätte. Manchmal kam freilich Wochen und Monate lang Besserung zu Stande, aber die nachfolgende Verschlimmerung lehrte, dass die Hoffnung, etwas Brauchbares gefunden zu haben, eine

trügerische gewesen war. Am meisten würde ich nach dem heutigen Standpunkte der Kenntnisse noch von den Jodpräparaten erwarten: sowohl mit Europhen wie mit Jodoform glaube ich den Patienten etwas genützt zu haben. Vielleicht hängt das zusammen mit den sehr eigenthümlichen Reactionen, welche die meisten Leprakranken schon bei kleinen Dosen von Jod aufweisen, eine Erfahrung, die schon Danielssen vor mehreren Decennien gemacht hat. Ich muss gestehen, dass mir diese Eigenthümlichkeit, diese Idiosynkrasie eine ganz besonders interessante Erscheinung ist; vielleicht führt sie uns auch zu einer brauchbaren Therapie.

Das Lepraserum des Collegen Carrasquilla habe ich noch nicht angewendet. Ich fürchte aber, so weit ich mir nach den vorliegenden Mittheilungen ein Urtheil bilden kann, es wird nicht mehr nützen, als alle die anderen Mittel (Jodpräparate, Tuberculin), welche in ähnlicher Weise wie dies Serum Allgemeinreaction hervorrufen. Scheint es doch bei der Serumwirkung sich um locale Entzündungsprocesse zu handeln, welche zu einer Resorption oder Entfernung von Leprommassen Anlass geben und dadurch natürlich örtliche Besserung erzielen. So würde auch die besonders merkwürdig erscheinende Beseitigung der Anästhesie nichts anderes sein, als die Beseitigung eines Leproms im Nerven, der freilich noch unversehrte Nervenfasern enthalten muss.

Aber auch ganz im Allgemeinen habe ich keine sehr grosse Hoffnung auf diese Serumtherapie. Wir wissen bei der Lepra nichts von einer eintretenden Immunität. Wie soll man sich da vorstellen, dass eine immunisirende Behandlung Erfolg haben solle? Und weiss man denn etwas darüber, ob das Serum eines mit Lepraserum behandelten Pferdes wirklich andere Qualitäten bekommen hat? Kurz, ich hoffe für die Therapie mehr auf einen Körper, der analog der specifischen Wirkung des Quecksilbers gegen Syphilis, sich gegen die Lepra nutzbringend erweisen möchte.

Herr **Kalindero** (Boucarest):

Je me permets de dire deux mots en faveur d'un moyen que j'ai eu l'occasion d'employer, c'est le pétrole brut. J'attire votre attention sur ce moyen d'autant plus qu'il est facile et à la portée de tout le monde. Les resultats obtenues peuvent ėhe comparés aux autres traitements; l'état de nos malades s'est amélioré d'une manière marquée. Je vous prie donc de prendre note de ce moyen si non de guérison, du moins d'amélioration. Le professeur H. Leloir l'a experimenté et vous pourrez trouver les resultats consignés dans le traité therapeutique du Dr. Robin. —

Je le mette à votre disposition et je désiré vous prouver le pétrole dont je me suis servi, car l'observation de Dr. Unna est juste; il ne faut experimenter qu'avec le même pétrole pour que les resultats d'observation soient à l'abri des erreurs et autant que possible dans les mêmes conditions experimentales.

Herr **Ehlers** (Copenhagne):

Je ne vous dirai presque rien sur la sérothérapie de la lèpre. Je n'ai pas voulu recommander aux médecins islandais de commencer

un traitement fondé sur une base aussi fragile. J'aurais voulu demander, avant tout, à Mr. Carrasquilla de nous communiquer les résultats qu'il a obtenu par son traitement des lépreux avec le sérum pure d'un cheval sans addition de sérum lépreux.

Quant au traitement avec des sels mercuriales solubles, j'ai cherché dans la salle mon maître Haslund, qui voulait vous dire quelques mots là-dessus. En son absence je vous dirai que nous avons essayé plusieurs fois à Copenhague ce traitement sur des lépreux islandais et que ce traitement a donné de bons résultats instantanés; cependant ce traitement n'empèche pas les récidives.

Herr **Lassar** (Berlin):

Je me permettrais de demander à Mr. Ehlers, si l'on ne pouvait pas faire, dans le cas qu'il vient de mentionner, un traitement mercuriel continué, tel qu'on le fait pour la syphilis.

Herr **Ehlers** (Copenhague):

A cette demande j'ai à répondre que le malade, un riche paysan, est retourné en Islande où il n'a pas pu continuer le traitement mercurial, étant données les conditions de la vie sociale là bas: distances énormes et peu de médecins.

Herr **Dehio** (Dorpat):

Plötzliches Schwinden der Knoten, Heilung der Geschwüre, Besserung des Allgemeinbefindens kann man sehr leicht erzielen und habe ich häufig erzielt durch ein anderes Mittel, das ist nämlich das erste früher vielgebrauchte Tuberculin von Robert Koch. Auf Wunsch von Prof. Robert Koch haben wir in Livland in allen Leprosorien eine Zeit lang sehr häufig das Tuberculin injicirt. Dann bekamen wir eben gerade solche Reactionen bei Lepra, wie man sie bei den Lungenkranken bekommt, abgesehen von der allgemeinen Reaction örtliche Reactionen, die sich in einer starken Schwellung und Röthung der Knoten bei der tuberösen Lepra äusserte. Nachdem diese Schwellung verschwindet, sieht man, dass diese Knoten hinterher viel kleiner geworden sind, und allmählich scheinen sie sich auch zum grossen Theil vollständig resorbiren zu können. Wir haben auch gesehen, dass man so, wie beim Lupus, auch die leprösen Geschwüre unter der Tuberculinbehandlung heilen kann und wir haben sehr grosse Hoffnung auf die Therapie gesetzt. Dann sind Veröffentlichungen gekommen, die einfach damit schliessen, dass sie vermuthen, ein Mittel gegen die Lepra im Tuberculin zu besitzen. Aber der hinkende Bote kam nach einem halben Jahre nach. Alle Kranken, die damals behandelt wurden, sind hinterher wieder schlechter geworden. Das ist auch literarisch nicht verschwiegen worden. Ich glaube, daraus schliessen zu müssen, dass das Tuberkulin keine specifische Wirkung auf die Lepra ausübt, und wenn ich hier jetzt ganz ähnliche Reactionen von Dr. Arning beschreiben höre, die er durch Pferdeblutserum erzielt hat, so spricht das für die Möglichkeit, dass hier die Reaction auch keine specifische gewesen ist, sondern eine Reaction, wie sie eben durch Bacterienproducte, Proteïne u. s. w.

hervorgerufen werden kann. Wir wissen, dass Proteïne und Albumosen sogar innerlich bei Kindern, die an einer chronischen, künstlicherzeugten Bacterienkrankheit, z. B. an Tuberculose leiden, ganz andere Reactionen hervorrufen, wie bei gesunden normalen Kindern. Ist es nicht möglich, dass solche Proteïne sich auch in dem von Herrn Carrasquilla hergestellten Serum finden und dass diese Proteïne wieder allgemeine Reactionen hervorrufen, für die wir auch schon Analoga haben, und die wir nicht berechtigt sind, als specifische Heilungseffecte zu bezeichnen.

Herr **Carrasquilla** (Bogota):

Mr. Ehlers me demande quels résultats j'ai obtenus avec le serum pure d'un cheval sans addition de serum lépreux. A cela je dois répondre que ce serum ne fait pas de modification, pas de bien.

Quant aux injections sous-cutanées, j'ajoute une communication de mes confrères qui ont été chargés de faire les expériments; ils disent qu'il ne s'est montré aucune modification.

Herr **von Petersen** (St. Petersburg):

Es kommt hier nicht auf die verschiedenen Mittel an, die man anwendet, sondern darauf, wo man sie anwendet. Das hat nach meinen Erfahrungen ganz entschieden eine grosse Wichtigkeit. Wir wissen, dass, sowie die Leprösen, die in den allertraurigsten Umständen in den verschiedensten Bauernhäusern elend herumliegen, in ein Lepra-Asyl kommen, sie sich erholen und die Erkrankung auch abnimmt. Alles, was den Stoffwechsel hebt, was die Hygiene verbessert, ist ein ganz besonders wichtiger Theil der Therapie.

Herr **Neumann** (Wien):

Ich habe bei zwei Kranken, dem einen aus Kasan und einem andern, den ich erst jüngst in der Klinik hatte, aus Rumänien, die beide der tuberösen Form angehören, das Koch'sche Serum eingespritzt. Ich stimme ganz mit den Ausführungen der Vorredner überein. Es waren aber nicht bloss an den Knoten allein, sondern auch um die Knoten herum, in kleinerer Distanz, Reaktionen; es waren umschriebene Erytheme, Erythema nodosum. Die Epidermis hat sich leicht abgehoben, und bei dem zweiten hat die Injection einen sehr unangenehmen Ausgang gehabt, nämlich er bekam ausser den Knoten, die er sonst hatte, durch die sechs Injectionen, die gemacht wurden, Bröckelknoten an den Ohrmuscheln. Es ist also durch diese Behandlung ein Nachschub eingetreten.

Herr **Hallopeau.**

Siehe Anhang.

Mr. **Besnier** (Paris):

Messieurs, je vous demande pardon de reprendre la parole; mais j'y suis contraint par la réproduction qui vient d'être faite de propositions combattues par moi comme pouvant avoir, si elles étaient acceptées, un véritable danger.

Mon savant collègue vient de dire que la lèpre n'est pas curable, et que ce que j'appelle une guérison, due au traitement, est le simple résultat du cours naturel de la maladie. Il faudrait, pour établir cela, nous présenter deux malades égaux en lèpre, l'un traité — j'entends traité comme on le doit faire — et l'autre non traité, et montrer que le dernier égale le premier. Or, cette présentation ne sera pas faite, et vingt-cinq années d'expérience me permettent d'affirmer que l'on peut guérir quelques lépreux; que l'on peut améliorer tous, que nous avons le devoir strict de les traiter tous sans exception.

Assurément il y a des paroxysmes de récidive; mais cela appartient à toutes les maladies paroxystiques, la syphilis au premier rang, dans laquelle on ne me contestera pas, je le suppose, l'action du traitement.

J'aborde la question du climat. La lèpre n'a jamais pris domicile définitif en France. Le climat de l'Europe centrale est peu favorable au développement de la lèpre. Les lépreux qui peuvent quitter leurs pays et venir dans l'Europe centrale, ont bénéfice à le faire et ils le savent bien. Pendant 25 années j'ai suivi à l'hôpital St. Louis, tout ce qui regarde les lépreux — jamais il n'y a eu un seul cas connue de transmission, ce qui ne m'empêche pas d'affirmer que ceux qui ont la lèpre, l'ont prise par contagion. Lavez, nettoyez, passez, traitez, soignez les lépreux aussi activement que possible, oblitérez toutes les surfaces ouvertes. Mais si je redoute peu les lépreux qui viennent à Paris, je les crains davantage dans nos malheureux villages de pêcheurs. A Londres, à Berlin, à Vienne les conditions sont différentes; les lépreux n'y sont pas plus dangéreux, ordinairement, que les syphilitiques. Pendant un quart de siècle j'ai soigné des milliers de syphilitiques, et ce n'étaient pas seulement mes mains qui manipulaient, touchaient les malades, mais aussi nos admirables religieuses, nos infirmières; et jamais nous n'avons eu un seul cas de contagion. Pourquoi n'y a-t-il pas de transmission? (Schluss der Discussion.)

Antrag:

Nous soussignés proposons:

La conférence assemblée à Berlin en 1897 nommera une commission de 20 membres, qui auront le droit de s'adjoindre quelques autres membres:

1. Ils discuteront et prépareront la fondation d'une société internationale contre la lèpre.
2. Ils discuteront, prépareront et créeront des archives pour l'étude de la lèpre contenant des travaux scientifiques, statistiques etc.
3. Ils rechercheront les moyens de réaliser la publication proposée par M. Neisser.

Besnier. Ehlers. Hansen. Neisser.

We the undersigned propose:

That the Leprosy Conference, assembled in Berlin, in 1897, shall appoint a commission, composed of 20 members wich power to increase its membership,

I. Which shall confer and prepare the plan for an International Leprosy Society.
II. Which shall discuss about an Archive of Leprosy for scientific and statistical reference &c.
III. Which shall discuss the realization of the publication, suggested by Dr. Neisser for a work on leprosy.

Besnier. Ehlers. Hansen. Neisser.

Die Unterzeichneten beantragen:

Die in Berlin 1897 versammelte Lepra-Conferenz wählt eine Commission von 20 Mitgliedern, mit dem Recht der Cooptation, welche

1. die Gründung einer internationalen Lepra-Gesellschaft berathen und vorbereiten soll,
2. ein Lepra-Archiv für wissenschaftliche, statistische etc. Arbeiten berathen, vorbereiten und schaffen soll,
3. die Durchführung des im Antrag Neisser geplanten Lepra-Werkes berathen soll.

Besnier. Ehlers. Hansen. Neisser.

Herr **Rudolf Virchow** spricht sich gegen die Punkte 2 und 3 aus, die hierauf zurückgezogen werden. Punkt 1 des Antrages wird angenommen.

In die Commission werden gewählt die Herren:

Ehrenpräsident: Virchow.

Besnier-Paris, Sederholm-Stockholm, Hansen-Bergen, Ehlers-Kopenhagen, Glück-Sarajewo, Abraham-London, Dyer-New-Orleans, v. Düring-Constantinopel, Dehio-Dorpat, Petersen-St. Petersburg, Campana-Rom, Engel Bey-Cairo, Kalindero-Bukarest, Neisser-Breslau, Lassar-Berlin, Falcao-Lissabon, Alvarez-Honolulu, Köhler-Berlin.

Schluss der Sitzung 3 Uhr.

Fünfte Sitzung.

Freitag, den 15. Oktober, Vormittags 11 Uhr.

Vorsitzender Herr Virchow.

Wir haben die hohe Ehre und Freude, Se. Durchlaucht, den Herrn Reichskanzler unter uns zu sehen und in unmittelbarer Nähe den Mann kennen zu lernen, der berufen sein wird, die Sache weiter zu prüfen, die wir hier gegenwärtig vorberathen, und die vielleicht einmal Gegenstand der allgemeinen Gesetzgebung werden kann. Da wir grade heute an diese Frage kommen, so hatten wir seine Durchlaucht berichtigt, und, da ihm nur ein geringes Maass von Zeit gewährt ist, darf ich wohl bitten, dass die Herren Referenten ein wenig verdichtet ihre Mit-

theilungen vortragen, und dass wir in aller Kürze versuchen, die wesentlichsten Punkte darzulegen.

Die Herren Minister des Unterrichts und der Justiz sind durch dringende Amtsgeschäfte verhindert, der Herr Cultusminister hat seine Herren Räthe hierher entsendet.

Se. Durchlaucht der Reichskanzler **Fürst zu Hohenlohe-Schillingsfürst:**

Ich darf mir die Bemerkung erlauben, dass der Staatssekretär des Innern, Graf Posadowsky, durch Unwohlsein verhindert worden ist, mich zu begleiten. Er wollte hierher kommen.

Die Isolirung der Aussätzigen und die dazu erforderlichen Maassregeln.

Herr **Armauer Hansen** (Bergen):

Wir haben in den vergangenen Tagen so viel gelehrte Dinge über Lepra gehört, und Sie Alle haben gehört, dass die Gelehrten niemals einig werden können. Das hat aber gar nichts zu sagen gegenüber der Frage, wie wir die Lepra ausrotten sollen. Denn darüber haben wir in Norwegen eine reiche Erfahrung. Ich sage jetzt, wie im Jahre 1884, als wir in Norwegen das Gesetz von 1885 vorbereiteten: wir Gelehrten können uns darüber streiten, ob die Lepra eine erbliche oder eine ansteckende Krankheit ist, ob die Lepra-Bacillen ausserhalb oder innerhalb der Zellen liegen, das aber wissen wir und dafür haben wir Erfahrungen, wie wir es einrichten müssen, um die Lepra auszurotten.

Ich recapitulire kurz die Geschichte der Maassregeln Norwegens. Schon in den 40er Jahren haben wir das Lungegaards-Hospital erhalten, wo der verstorbene Dr. Danielssen die Behandlung der Kranken betrieb. Dann wurde 1857 zuerst eine Pflegeanstalt errichtet, der im Jahre 1862 zwei andere folgten, die erste in Bergen, die anderen in Molde und Drontheim. In diese Pflegeanstalten konnten wir etwa 700—800 Lepröse aufnehmen. Anfangs kamen die Leprösen massenhaft hinein, sie wurden nicht zwangsweise eingeliefert, es wurde ihnen nur gesagt, dass der Staat alles bezahlt, und damals hatten wir sehr viel Lepröse, und es war ja eine ökonomische Erleichterung für die Familien, einen Leprösen loszuwerden. Lepröse wurden also in so reicher Menge hineingeschickt, dass die Anstalten überfüllt waren. Dadurch sind wir zum Theil unfreiwillig zu Mördern geworden. Es kamen so viele Krankheiten, so viele Infectionen in den Anstalten vor, dass die Leprösen viel früher starben, als wenn sie zu Hause geblieben wären. Darin liegt eigentlich, sanitär gesprochen, kein Unglück, aber schön und human ist es eigentlich nicht gewesen, trotzdem die Veranstaltungen aus humanen Rücksichten getroffen wurden.

Nun ging es so weiter bis in die 80er Jahre hinein. Schon als ich anfing, die Lepra zu studiren, habe ich auf Grund einer von mir ausgearbeiteten, sehr genauen Statistik gefunden, dass die Lepra überall abgenommen hat, wo Isolation stattfand, dass sie aber überall da zugenommen hat, wo keine oder eine ungenügende Isolation stattfand,

Daraus schloss ich ganz logisch, meine ich, dass die Isolation nöthig ist, um die Zahl der Leprösen zu vermindern, und darauf habe ich das Gesetz vorgezeichnet, das wir jetzt haben.

Die Armenverpflegung in Norwegen auf dem Lande geht zum Theil in der Weise vor sich, dass die Armen von Hof zu Hof herumwandern und sich in jedem Hofe eine Zeit aufhalten. Nun, da kam es auch vor, dass lepröse Arme in dieser Weise verpflegt wurden, und das war ja die einfachste Art, die Lepra zu verschleppen, wenn sie ansteckend ist. Wir haben dann am 28. März 1879 — ich erinnere mich nicht genau — das Gesetz bekommen, das vorschreibt, die armen Leprösen in die Anstalten zu bringen. Das wurde als Barbarei bezeichnet; es hiess, die reichen Leprösen könnten zu Hause bleiben, die armen Leprösen wolle man aus der Gesellschaft ausstossen. Nun, nach meiner Meinung ist das keine Barbarei. Dann habe ich vorgeschlagen, dass auch andere Lepröse, die nicht arm sind, zwangsweise isolirt werden dürften. Ich habe es aber den Gemeindebehörden in die Hand gelegt, ob sie die Leprösen bei sich behalten wollen oder nicht. Das Gesetz lautet ungefähr so: Auch andere Lepröse, die die ihnen von den Sanitätsbehörden gegebenen Vorschriften für Isolation in der Heimath nicht befolgen können oder wollen, können zwangsweise in die Anstalten verlegt werden, d. h. die Gemeindebehörde kann es beschliessen. Die Gemeindebehörde hat zunächst die Pflicht, dem Leprösen zu sagen, „so und so sollst Du leben, wenn Du zu Hause bleiben willst"; kann oder will er das nicht thun, dann kann die Gemeindebehörde ihm sagen: „dann musst Du in die Anstalt gehen." Das ist eine facultativ-obligatorische Isolation.

Nun, seit der Zeit reise ich im Lande herum, ich gehe überall hin, wo die Leprösen wohnen, ich reise mit meinem Collegen, dem Bezirksarzt, herum, und das stärkt ausserordentlich die Autorität der Bezirksärzte. Unsere Vorträge in Bezug auf die Reinlichkeit und die Isolation werden nach meinen Erfahrungen von den Leprösen nicht berücksichtigt. Der Lepröse will nie anerkennen, dass er seinen Mitmenschen gefährlich sein kann, er will natürlich in seiner Freiheit nicht beschränkt werden, daher sorge ich immer dafür, dass ich gesunde Leute als Zuhörer habe. Die Gesunden beachten die Ausführungen, und das ist ja die Hauptsache, dass die Gesunden nicht mit Leprösen Umgang haben wollen. Wenn ich das durchgesetzt habe, ist mein Ziel erreicht. Wir sind jetzt in Norwegen so weit gekommen, dass ein Lepröser, der einen Diener haben will, keinen bekommt.

Die Hauptsache ist natürlich, dass man das heranwachsende Geschlecht, die Kinder schützt. Die Kinder werden unzweifelhaft von ihren Eltern, viel mehr von ihren Grosseltern angesteckt. Das erklärt sich in den Weise: Die alten leprösen Grosseltern leben auf dem Hofe und wenn nun ihre Kinder auf Arbeit gehen, dann bleiben die Enkel zu Hause, und dann hätscheln die leprösen Grosseltern die Enkel und übertragen zu gleicher Zeit auf sie die Lepra. Daher kommt es, dass man gesagt hat, die Lepra könne ein Glied überspringen. Sie wissen ja, dass ich die Erblichkeit der Lepra nicht anerkenne, und für das angebliche Ueberspringen einer Generation habe ich diese Erklärung gefunden.

Während wir nun im Jahre 1856 in Norwegen 2833 Lepröse hatten, haben wir jetzt ungefähr 700, und haben mehr Lepröse in unseren Anstalten, als draussen leben. Ich habe ausgerechnet, dass wir im Jahre 1920 keine Leprösen mehr in Norwegen haben werden, und ich glaube, die Rechnung wird ziemlich genau stimmen. Ich habe nämlich 1876 ausgerechnet, wie viele Lepröse wir 1885 haben würden, und das ist so genau eingetroffen, dass es nur in einem Bezirke um 1 oder 2 differirt. Ich glaube also, ich rechne mit so gut bekannten Zahlen, dass die Rechnung ziemlich genau ist.

Ich habe schon in der ersten Sitzung gesagt, wie ökonomisch vortheilhaft es ist, Geld auf die Bekämpfung der Lepra zu verwenden. Die erste Vorschrift ist die, dass jeder Lepröse angezeigt werden muss. Damit fing man 1856 in Norwegen an. Früher hatte man zweimal versucht, die Leprösen aufzufinden. Das geschah aber durch die Prediger, und die Prediger kannten natürlich die Krankheit nicht. 1856 haben wir angefangen, die Leprösen durch die Aerzte aufsuchen zu lassen. Nun ist Norwegen ziemlich gut mit Aerzten versehen, wir haben überall im Lande Bezirksärzte, und diese Bezirksärzte sind verpflichtet, jeden Leprösen mit Namen anzumelden. Das ist die Hauptsache, dass wir jeden Leprösen kennen. Ich habe in meinen Protokollen alle Leprösen, die seit 1856 angemeldet sind, mit Namen und Wohnung aufgezeichnet, weiss also immer, wo ich die Lepra zu suchen habe. Die Bezirksärzte melden mir stets, was mit den Leprösen vorgeht. Natürlich hängen die Maassnahmen, die die lokalen Gesundheitsbehörden treffen, davon ab, wie eifrig der Arzt ist. Hat man gute Aerzte, dann geht es sehr gut, denn dann beschliessen die Gesundheitsbehörden, was die Aerzte wollen.

Die Isolirung, die in den Häusern nöthig ist, ist nicht sehr streng. Wir verlangen nicht mehr, als dass die Leprösen jedenfalls ihr eigenes Bett haben sollen; wenn sie ein eigenes Zimmer haben können, ist es natürlich viel besser. Wir verlangen ferner, dass sie ihre eigenen Tischgeräthe haben, und dass diese Tischgeräthe und ihre Wäsche nicht mit den anderen zusammen gereinigt werden, sondern in einem besonderen Gefäss. Das halte ich für eine hinlängliche Isolirung. Ich habe in Amerika die Erfahrung gemacht, dass, weil die Amerikaner sehr viel reinlicher sind, als wir hier in Europa, wenigstens, soweit ich in Europa bekannt bin, die Lepra in den westlichen Staaten von Nord-Amerika keine Ausbreitung gefunden hat. Denn alle Leprösen, die ich da fand, die norwegischen Leprösen hatten jedenfalls ihr eigenes Bett und gewöhnlich auch ihr eigenes Zimmer. Dazu ist man dort ausserordentlich reinlich, selbst der norwegische Bauer lernt in Amerika sich zu waschen, und das will viel sagen. Dort herrscht eine exemplarische Reinlichkeit. Könnten wir die Völker, bei denen Lepra vorkommt, zu solcher Reinlichkeit bringen, dann würde das eine hinlängliche Isolirung sein. Aber das kann natürlich nicht mit einem Schlage vor sich gehen. Ich predige Reinlichkeit, wo ich kann, und es ist erfreulich, zu sehen, wie die Reinlichkeit auch in Norwegen Fortschritte macht. Wenn ich auf eine Stelle hinkomme, wo ich früher gewesen bin, kenne ich sie oft nicht wieder, weil es jetzt dort so viel reinlicher ist als vor 20 Jahren. Da aber, wie gesagt, die Reinlichkeit sich nicht mit einem Schlage

durchführen lässt, muss man eben so vorgehen, wie wir es in Norwegen gemacht haben. Zuerst also muss eine obligatorische Anmeldung erfolgen. Dann müssen wir Vorschriften geben, wie sich die Kranken zu Hause zu verhalten haben, und das muss der Arzt überwachen. Der Arzt muss, wenn er will, zu den Leprösen reisen können, um nachzusehen, ob auch die Vorschriften gehalten werden, und wenn das nicht geschieht, dann muss der Lepröse gezwungen werden, in eine Isolir-Anstalt zu gehen. Das kostet nicht viel. Die Isolir-Anstalten brauchen gar nicht so eingerichtet zu sein, wie die neueren Krankenhäuser, sie können ganz einfach und billig eingerichtet werden. Die Leprösen sind nicht an reichere Lebensverhältnisse gewöhnt, uud darum kann man sie auch ziemlich billig verpflegen. Die Verpflegung der Leprösen kostet bei uns ungefähr 1 Krone den Tag, und das Geld, das wir so aufwenden, trägt ausserordentlich gute Zinsen.

Meine Herren! Es liegen uns 2 Anträge vor von Dr. Ashmead (New York) und von Dr. Westberg über ein internationales Lepra-Comité. Ich habe Herrn Ashmead schon früher geschrieben, dass ich gar nicht begreife, was das Comité zu thun haben soll. Das Comité kann doch nicht gesetzgebend auftreten, es kann nicht den Regierungen und den Nationalversammlungen befehlen, was sie zu thun haben. Darum weiss ich nicht, weshalb ein solches Comitó eingesetzt werden, und was es Anderes machen soll, als Papier zu verschreiben und schöne Reden zu halten. Ich meine, die Sache ist so einfach, wie denkbar. Wir haben in Norwegen eine exquisit gute Erfahrung, und wenn diese Erfahrung mitgetheilt wird, dann können die Leute es machen wie sie wollen. Wollen sie unserem Beispiel nicht folgen, dann sind sie, wie ich Herrn Ashmead gesagt habe dumm, und dummen Leuten ist nicht zu helfen. Aber nach meiner Erfahrung sind die Leute nicht so dumm, wie man gewöhnlich sagt, und darum glaube ich, sie werden es auch so machen, wie wir es gemacht haben, und ich kann versichern, dann werden sie bald mit der Lepra fertig werden, und besonders hier in Deutschland, wo sie hier in Deutschland ungefähr in einem Kreise 36 Lepröse haben (Zuruf „15“!), damit könnte man in einigen Jahren fertig sein, denn die Leprösen leben ja nicht so ausserordentlich lange. Wenn man diese 15 ganz einfach in eine Isolir-Anstalt hineinsteckte und sie gut behandelte, dann wird es mit der Lepra bald aus sein.

Für den Fall, dass die Conferenz Resolutionen annehmen will, schlage ich folgende vor.

1. Der Lepra kann nur durch die Isolation der Kranken vorgebeugt werden.
2. Das System der obligatorischen Anmeldung und Ueberwachung und der Isolirung, wie es in Norwegen ausgeführt ist, ist allen Völkern mit autonomen Gemeinden und hinlänglicher Zahl von Aerzten zu empfehlen.
3. Es muss in jedem Lande den sanitären Autoritäten überlassen werden, mit Genehmigung der Nationalversammlung oder der Regierung die näheren Vorschriften, die den speciellen socialen Verhältnissen angepasst werden müssen, festzustellen.

Ich kann natürlich nicht sagen, dass man sich überall in allen

Details wie in Norwegen einrichten soll, denn die socialen Verhältnisse sind nicht überall dieselben.

Herr **Delio** (Dorpat):

Es ist Ihnen allen wohl bekannt, dass, wie in Norwegen, auch die russischen Ostsee-Provinzen, speciell Livland, zu denjenigen Ländern gehören, welche den theuren Ruhm haben, bei sich die Lepra als eine endemische Volksseuche zu beherbergen. Bei uns in Livland sind die gleichen Verhältnisse, nur nicht soweit vorgeschritten, wie in Norwegen. Die Zahl unserer Kranken ist bedeutend geringer, und die Maassregeln, die wir gegen die Seuche getroffen haben, datiren aus neuerer Zeit. Immerhin sind die Seuchen doch so weit vorgeschritten, dass sie nicht nur die Aufmerksamkeit der russischen Regierung, sondern auch die der deutschen Regierung auf sich gezogen haben, und so sind denn im Frühling dieses Jahres im Auftrage der deutschen Reichsregierung und der preussischen Staatsregierung, sowie auf Einladung des russischen Ministers des Innern, Herr Oberstabsarzt Professor Dr. Kirchner vom preussischen Cultusministerium, Herr Regierungsrath Dr. Kübler vom deutschen Reichs-Gesundheitsamt und der Kreisphysikus in Memel, Herr Urbanowitz nach Russland delegirt worden, um die Lepra und die Maassregeln, die gegen dieselbe ergriffen worden sind, in Petersburg, in der Residenzstadt sowohl, wie im Gouvernement, als auch in den Ostsee-Provinzen Russlands zu studiren. Der ausführliche Reisebericht, den die Herren Dr. Kirchner und Dr. Kübler haben erscheinen lassen, giebt Ihnen alle Daten in grosser Vollständigkeit und Ausführlichkeit. Immerhin gestatten Sie mir einige Mittheilungen darüber, wie es in Livland mit der Lepra und ihrer Bekämpfung bestellt ist.

Es ist schon aus dem Anfange dieses Jahrhunderts bekannt, dass die mittelalterliche Lepra Livlands, welche dann für Jahrhunderte verschwunden war, wieder aufzutauchen begann. Es sind in mehrfachen Dissertationen und Publikationen Fälle aus dem Anfange dieses Jahrhunderts bekannt gemacht worden, die unzweifelhaft als Lepra aufgefasst werden müssen, und es ist wahrscheinlich, dass diese Fälle in den Jahren der Napoleonischen Kriege durch die Kriegsvölker Russlands eingeschleppt worden sind, welche aus dem Osten damals in die Ostseeprovinzen dislocirt worden und auch vielfach durch das Land hindurchgezogen sind. Aber immerhin waren dies nur vereinzelte Fälle, die nicht im Stande waren, grössere Besorgnisse zu erregen. Es ist deswegen das Verdienst des damaligen Docenten der Dorpater Universität, des jetzigen Professors Ernst von Bergmann, der gegenwärtig zu den zahlreichen Autoritäten der Berliner Universität sich zählen darf, zuerst darauf aufmerksam gemacht zu haben, dass es sich in Livland doch nicht nur um einzelne ganz sporadische Fälle handelte, sondern dass die Lepra in Livland eine gewisse endemische Häufigkeit schon erreicht habe. 1869 war freilich eine Zeit, wo man nicht an die Häufigkeit der Lepra glauben wollte, und in Folge dessen haben die Publikationen von Bergmann's damals noch nicht den Anklang gefunden, den sie wohl verdient hätten. Erst in späterer Zeit, in den 80er Jahren, hat der Nachfolger von Bergmann's in Dorpat, Professor Eduard

von Wahl, wieder genauere Nachforschungen über die Häufigkeit und die Verbreitung der Lepra in Livland anstellen lassen, und es ist namentlich sein Schüler Hellat gewesen, der durch Reisen und eigene Untersuchungen constatiren konnte, dass in Esthland und Livland in den Jahren 1885 bis 1887 zum wenigsten 276 Lepröse zu finden waren. Die Verhältnisse der Ausbreitung der Krankheit führten sodann Hellat und Prof. von Wahl zu der Ueberzeugung, dass die Lepra keine hereditär sich verbreitende Krankheit, sondern eine ansteckende Krankheit sei, und Prof. von Wahl hat das grosse Verdienst, nicht nur bei uns zu Lande, sondern in ganz Europa zu den Ersten zu gehören, welche mit Energie für die Lehre von der Contagiosität der Lepra eingetreten sind. Hiermit steht im Zusammenhange, dass Prof. von Wahl auch energisch die Gemeingefährlichkeit dieser Seuche und die Nothwendigkeit betonte, sie durch allgemeine Massregeln zu bekämpfen. Wie recht von Wahl gehabt hat, geht daraus hervor, dass in den 10 Jahren, die seit Hellat's Untersuchungen verflossen sind, die Zahl der Leprösen, welche damals etwa 300 betrug, jetzt in Livland etwa auf 500, ja 600 gestiegen ist. Da wir bis jetzt kein Mittel zur Heilung der Krankheit besitzen, so bleibt als einzige Möglichkeit, die Krankheit und die weitere Verbreitung der Seuche zu bekämpfen, übrig: die Isolirung der Kranken, wie dies ja schon mein Vorredner hervorgehoben hat.

Prof. von Wahl schaute sich nun eine Zeit lang nach Mitteln um, die es ermöglichen sollten, Isolirhäuser, Leprosorien oder Leproserien, wie unser verehrter Präsident lieber hört, zu gründen. Es hatte seine Schwierigkeit, die Mittel aufzufinden, und schliesslich kam Prof. von Wahl zu dem Entschluss, zu dem Zwecke eine Gesellschaft zu gründen: eine Gesellschaft zur Bekämpfung der Lepra. Diese Gesellschaft hat sich im Jahre 1890, kurz nach dem Tode des Prof. von Wahl, constituirt; sie erhielt die Bestätigung des Ministers des Innern und ein Statut, auf das sie sich auch noch heute stützen kann. Die Aufgabe dieser Gesellschaft besteht nun darin, Mittel zu sammeln, welche verwendet werden sollen, um Leprosorien zu gründen, in denen die Aussätzigen Pflege und Unterkommen finden können, und in denen sie zugleich isolirt werden. Die Mittel, die unsere Gesellschaft aufgebracht hat, setzen sich zusammen zum Theil aus regelmässigen Jahresbeiträgen der Mitglieder unserer Gesellschaft, ferner aus Schenkungen und milden Stiftungen. Dabei darf nicht unerwähnt bleiben, dass die Livländische und Esthländische Ritterschaft namentlich durch bedeutende Stiftungen unsere Gesellschaft unterstützt hat, und so ist es uns gelungen, abgesehen von einer Landschenkung der Livländischen Ritterschaft, etwa 90000 Rubel, also 200000 Mark, in den Jahren von 1890 an zu sammeln und für dieses Geld einige Leprosorien zu gründen.

Im Jahre 1890 wurde in der Nähe von Dorpat das erste Leprosorium errichtet, nur für 20 Betten, da unsere Mittel damals noch sehr bescheiden waren. Im Jahre 1892 ist sodann im Nordosten des Gouvernements Livland an den Ufern des Peipus-Sees ein zweites für 80 Betten errichtet worden, im Jahre 1896 ein drittes in der Nähe von Wenden, wo 60, ja im Nothfalle auch 80 Kranke untergebracht werden können.

Da zu Anfang unsere Gesellschaft ihre Mittel nur durch freiwillige Beiträge zusammenbringen konnte, befand sie sich natürlich immer auf einem etwas schwankenden Boden. Die öffentliche Mildthätigkeit kann ja leicht erschöpft werden, und so gereicht es uns zur grossen Genugthuung, dass i. J. 1895 auf Betreiben unserer Gesellschaft der Landtag Livlands beschlossen hat, fortan alle diejenigen aussätzigen Kranken, welche in den Leprosorien unserer Gesellschaft verpflegt werden, auf Kosten der Livländischen Landeskasse zu unterhalten. Dadurch hat unsere Gesellschaft erst ein sicheres Fundament, einen zuverlässigen Boden gefunden, auf dem sie ruhig stehen kann. Wir erhalten aus der Livländischen Landeskasse — es ist ja nicht viel — für jeden verpflegten Leprösen 96 Rubel, also etwas über 200 Mark. Das Uebrige, wenn etwas noch nöthig ist, müssen wir freilich aus unseren Mitteln zusetzen. Aber derartige Gesellschaften, wie die unsrige, können doch sehr viel Gutes stiften, indem sie durch ihre Agitationen und ihre Unternehmungen die Aufmerksamkeit der Bevölkerung auf die Lepra richten und Interesse für die Bekämpfung der Krankheit erwecken.

Um wirklich einheitliche Maassregeln und Erfolge zu erzielen im Kampfe gegen die Lepra, dazu gehört allerdings mehr als die Kraft einer Gesellschaft, dazu ist unbedingt die regelmässige und energische Unterstützung seitens der Autoritäten des Staates und des Landes erforderlich, in dem die Lepra herrscht. Unsere Gesellschaft bezahlt also seit 1895 nur die Kosten, welche der Bau und die Einrichtung der Leprosorien hervorrufen, sowie die Remonten und Degagirungen der Aerzte, der eigentliche specielle Unterhalt der Leprösen wird auf Landeskosten bestritten. In Folge dieser günstigen Lage sind wir auch im stande, in diesem Jahre mit dem Bau eines vierten Leprosoriums zu beginnen, welches auf 100 Betten berechnet ist, und in Tarwast, einem Centrum für die Verbreitung der Lepra, errichtet werden soll. Augenbicklich haben wir in unseren Leprosorien 100 bis 130 Kranke isolirt. Das ist angesichts der Thatsache, dass wir es mit 600 Kranken überhaupt zu thun haben, noch viel zu wenig. Wir hoffen, dass vom nächsten Jahre an die Bettenzahl unserer Leprosorien auf 280 gebracht werden wird, und nach den Erfahrungen, die in Norwegen gemacht worden sind, können wir bei dieser Zahl wohl erwarten, dass allmählich der Zuwachs an frischen Leprafällen in Livland abnehmen wird. Ein Erfolg in Bezug auf das Erlöschen der Seuche ist bei uns bisher nicht zu bemerken, aber Sie dürfen nicht vergessen, dass in Norwegen der Kampf gegen die Lepra 50 Jahre gedauert hat und dass er bei uns erst seit 5 Jahren begonnen worden ist. Immerhin zeigt das Beispiel Norwegens, dass wir uns mit unseren Maassregeln auf dem richtigen Wege befinden, und wir hoffen, im Laufe der Zeit bei uns an's Ziel zu gelangen, wie das in Norwegen beinahe schon geschehen ist.

Eine Frage hat noch unsere Lepra-Gesellschaft sehr lebhaft interessirt, nämlich, ob es genügt, Leprosorien einzurichten und den Kranken zu sagen: „hier habt Ihr Pflege und Unterkunft, jetzt kommt und lasst Euch hier in den Leprosorien nieder“. Es fragt sich, ob es nicht gleichzeitig nöthig sein dürfte, auch dafür zu sorgen, dass die Kranken zwangsweise in die Leprosorien eingeliefert werden, falls sie nicht freiwillig kommen, und dass sie dann auch zwangsweise in den Lepro-

sorien zurückgehalten werden können. Sonst würde aller Wahrscheinlichkeit nach ein grosser Theil wieder davonlaufen. Unsere Gesellschaft fürchtet allerdings, dass unsere Leprosorien ziemlich unpopulär werden würden, wenn sie sich in Zwangshaft-Anstalten verwandeln würden. Wir wissen auch ausserdem, dass durch solche zwangsweise Retention in den Leprosorien leicht Aufsässigkeit und Fluchtversuche hervorgerufen werden können, und deswegen würden wir sehr ungern die Verantwortung für die Beaufsichtigung solcher Zwangs-Leprosorien, die den Charakter von Zwangshaft-Anstalten haben würden, auf uns nehmen. Wir wissen aber auch andererseits, dass die Leprösen — es sind ja meistens verarmte und verlumpte Bauern, Vagabunden u. dergl. — nicht freiwillig in die Leprosorien kommen, ja wir wissen, dass durchaus ein Druck auf die Leprösen ausgeübt werden muss, damit sie in die Leprosorien gehen, wir meinen nur, dass dieser Druck nicht gut von Wohlthätigkeits-Gesellschaften, von Privatgesellschaften ausgeübt werden kann, sondern von anderswoher kommen muss. Wir meinen, das sei die Aufgabe und Sache der Lehrer, der Diener der Kirche, der Prediger, die bei uns zu Lande noch einen grossen Einfluss auf das Volk haben, das sei ferner die Sache der staatlichen Autoritäten und Presse, das Volk darüber aufzuklären, dass jeder Lepröse für seine Umgebung eine Gefahr ist, sodass also jede Familie, jede Bauerngemeinde selbst dazu kommt, auf die Leprösen einen derartigen Druck auszuüben, dass sie weggehen. Wenn der Lepröse weiss, dass er nirgends mehr unterkommt, nirgends mehr Arbeit und Verdienst finden wird, dass kein Mensch ihn mehr als Diener, als Knecht in sein Haus aufnimmt, dann geht er nolens volens in's Leprosorium und dann entschliesst er sich auch nolens volens, dasselbe nicht mehr zu verlassen. Wir haben bis jetzt wohl stets volle Leprosorien gehabt, und wir hoffen, dass es auch künftig so bleiben wird, wenn die Zahl der Betten gestiegen ist, wir hoffen, dass wir wohl ohne allzu strenge Maassregeln auskommen werden. Doch ich sehe vollkommen ein, dass hier die Verhältnisse bei jedem Volke und in jedem Staate andere sind, und dass jedes Volk und jeder Staat selbst am Besten entscheiden kann, wie sie in diesem Punkte zu verfahren haben.

Das Beispiel und die Anregung, welche unsere livländische Lepra-Gesellschaft gegeben hat, ist nicht ohne gute Folgen geblieben. Die allgemeine Aufmerksamkeit ist auf das endemische Vorkommen der Lepra gerichtet worden, und an vielen Orten hat man schon damit begonnen, in ähnlicher Weise, wie unsere Lepra-Gesellschaft das thut, Leprosorien zu errichten und die Leprösen nach Möglichkeit in denselben zu isoliren.

Zunächst ist es den energischen Bemühungen des Dr. A. von Bergmann in Riga gelungen, die Stadtverwaltung zur Errichtung eines städtischen Leprosorium von 80 Betten zu veranlassen. Dasselbe ist seit 1891 im Betrieb und gehört zu den am reichsten ausgestatteten Instituten dieser Art. Im Riga'schen städtischen Leprosorium werden ausschliesslich Kranke, welche der Riga'schen Stadt-Commune angehören, verpflegt.

In Curland haben sich drei Gesellschaften zur Bekämpfung der Lepra nach unserem Beispiel gebildet, welche seit 1893 resp. 1895

und 1896 ins Leben getreten sind und folgende Leprosorien für kurländische Kranke errichtet haben:

1. das Leprosorium zu Talsen mit 24 Betten,
2. das Leprosorium zu Tukum mit 12 Betten,
3. das Leprosorium zu Bauske mit 14 Betten und
4. das Leprosorium zu Erwahlen mit 32 Betten,

In Esthland hat die Ritterschaft der Provinz auf eigene Kosten zu Kuda ein Leprosorium von 30 Betten errichtet, welches in nächster Zeit auf 60 Plätze erweitert werden soll. Die esthländischen Aussätzigen werden daselbst auf Kosten der Ritterschaft verpflegt, ohne dass an die öffentliche Wohlthätigkeit appellirt zu werden braucht. In dieser Beziehung steht die Verpflegung der Aussätzigen in Esthland allen übrigen Unternehmungen in den Ostseeprovinzen voran, wenn wir von Riga absehen, wo gleichfalls die Gründung des Aussatzhauses und die Verpflegung der Kranken völlig aus öffentlichen Kosten bestritten worden ist und bestritten wird.

In Petersburg hat Prof. O. v. Petersen das Verdienst, zuerst nachgewiesen zu haben, dass sowohl die Residenz, als auch das gleichnamige Gouvernement nicht frei von Lepra-Kranken ist. Dank dieser wenig erfreulichen Entdeckung trat in Petersburg im Jahre 1893 eine unter dem Präsidium der Gräfin Toll stehende Gesellschaft zur Bekämpfung der Lepra zusammen, welche sich um die Gründung eines Leprosoriums im genannten Gouvernement bemühte. Dank der Freigebigkeit Sr. Majestät des Kaisers Alexander III. hat die Gesellschaft ein schön ausgestattetes Leprosorium für etwa 30 Kranke in Krutyja-Rutschi (bei Jamburg im Gouvernement Petersburg) gegründet und in Betrieb gesetzt.

Es ist bekannt, dass auch das übrige europäische Russland nicht frei von Lepra ist, ja dass sogar einige recht bedeutende Herde sich im Süden und Südosten des Reiches befinden. Dementsprechend sind auch schon Bestrebungen zur Eindämmung der Seuche bemerkbar.

In Astrachan existirt eine junge Gesellschaft zur Bekämpfung der Lepra, welche seit 1895 ein Lepra-Asyl von 20 Betten unterhält. Eine ebensolche Gesellschaft ist in Odessa in der Bildung begriffen und desgleichen ist Aussicht vorhanden, dass in Rostow (Gebiet der Donischen Kosaken), sowie im Kraukasus und in Taschkent (Central-Asien) in nächster Zeit Leproserien gegründet werden.

Endlich sei noch erwähnt, dass, nachdem die bekannte englische Reisende und Philanthropin Kate Marsden die Aufmerksamkeit der russischen Gesellschaft auf das elende Loos der Leprösen in Ostasien gelenkt hat, im Lande der Jakuten ein Leprosorium gegründet worden ist.

Das alles sind nur kleine Anfänge und junge Pflanzungen, allein wir hoffen, dass sie gute Früchte tragen werden.

In Russland existiren ebensowenig wie in anderen Staaten specielle Gesetze, welche die Bekämpfung der Lepra regeln. Wir sind daher darauf angewiesen, uns nach den allgemeinen gesetzlichen Normen zu richten, welche für die Behandlung infectiöser Krankheiten im allgemeinen gültig sind.

Herr **Besnier** (Paris):

Quelques mots seulement, Messieurs, pour fixer les idées en ce qui concerne la pratique de l'isolement dans la prophylaxie de la lèpre.

Aussi longtemps que les lépreux immigrants dans une ville n'ont produits, autour d'eux, aucun foyer d'expansion, aussi longtemps que l'on ne trouve pas, dans cette ville, un cas de lèpre autochthone pouvant être rapporté à la présence des lépreux immigrants, il n'est pas nécessaire d'isoler les lépreux venus du dehors. Il suffit d'en faire l'inscription administrative, de vérifier s'ils ne vivent pas dans des conditions de promiscuité sordide avec les habitants, en un mot, s'ils exécutent les mesures de traitement, d'hygiène individuelle et de propreté d'habitation indispensables. Mai si les conditions opposées se réalisent, l'isolement des lépreux, l'hospitalisation de ceux qui sont dans les hôpitaux généraux pour les lépreux isolés ou non — il est nécessaire et il suffit souvent, d'isoler la lèpre sur le lepreux, c'est-a-dire

a) de le traiter énergiquement intus par tous les moyens d'action de la matière médicale, spécifiques ou généraux;

b) de dépuire tous les lépromes par les moyens appropriés, et particulièrement par la galvanopuncture, d'oblitérer, par des pansements occlusifs, toutes les surfaces ulcérieuses ou suintantes, par lesquelles l'agent pathogène peut avoir issue au dehors. Nous considérons les pansements occlusifs absolus, le lavage quotidien de la surface entière du corps, comme un des moyens les plus actifs de réaliser la prophylaxie pratique de la lèpre dans toutes les circonstances.

Un dernier mot. Dans la plupart des villes, il est impossible d'arrêter le lépreux à l'arrivée, à moins qu'ils ne soient des lépreux sordides avec des lésions faciales manifestes. Mais il appartient aux municipalités d'exécuter l'inscription de tous les résidents étrangers qui proviennent de pays lépreux; de les surveiller administrativement et médicalement par les soins des autorités sanitaires locales compétentes.

Herr **Lassar** (Berlin):

Im Namen des Comité, welches unsere Verhandlungen vorbereitet hat, muss ich zu unserer Rechtfertigung ausführen, wieso wir dazu gekommen sind und den Muth gewinnen konnten, diese Versammlung zusammenzuberufen. Denn aus mancher Andeutung tönte uns die Frage entgegen: Ja, wie kommen denn Sie in Berlin, Sie in Deutschland dazu, überhaupt die Leprafrage zu behandeln? Sie haben ja gar keine Lepra. Was Sie an Lepra haben, das ist ja gar nicht der Rede werth! — Wir dachten es sei gerade der Rede werth, gerade bei uns sei diese Frage eine actuelle, eine wichtige. In vielen andern Ländern ist sie längst beantwortet, und in einem unerwünschten Sinne beantwortet. Bei uns aber steht sie noch offen, und wenn wir jetzt in Bälde, Dank der Wachsamkeit der prophylactischen Medicin, Dank der unvergleichlichen Aufmerksamkeit unserer ausführenden und gesetzgebenden Körperschaften und unserer Regierungsbehörden, ein Halt gebieten, dann würden wir sehr bald zu dem Zustande gelangen, über den sich andere Länder beklagen.

Zwar müssen wir von vornherein darauf gefasst sein, dass das,

was wir thun, wie alles Menschenwerk nur lückenhaft bleiben wird. Hat doch unser verehrter Herr Festredner am ersten Tage, der Vertreter der Kaiserlich russischen Regierung, Herr v. Petersen, uns auf die Gefahr aufmerksam gemacht, welche von Osten droht, denn die russischen Lande haben von den asiatischen Völkerschaften fortwährend von Neuem Ueberfälle zu erwarten, und bei dem regen Verkehr der Nachbarländer können wir so viel isoliren, wie wir wollen, wir werden immer neue Zufuhr bekommen, es werden immer neue Fälle auftauchen. Ja, ich bin überzeugt, dass die jetzige Versammlung einen grossen Strom von Lepra-Kranken aus allen entfernten Ländern nach Europa führen wird, denn man sieht und hört, dass wir uns ernsthaft mit dieser Frage beschäftigt haben, und in jenen gequälten Menschen ist selbstverständlich der Hoffnungsdrang wach geworden: sie würden bei Denjenigen, die sich hier hervorgethan haben, gewiss Hilfe finden. Für uns liegt keine grosse Gefahr darin, aber nach der socialpolitischen Seite hin kommt eine Eventualität in Frage, an die, wie ich glaube, Keiner von uns gedacht hat. Wir sprechen von den Armen und Elenden der Bibel, von den Aussätzigen, von jenen für uns entlegenen Gegenden und Volksschichten, aber wir hier sind doch nicht die Vertreter einer einzigen Kategorie. Es ist zwar modern geworden, sich nur der Unbemittelten anzunehmen, aber es giebt doch auch bemittelte Elende. Und, wenn ein armer Bauer nicht mehr zu arbeiten braucht und er sitzt im Lehnstuhl, liest die Zeitung und wehrt sich die Fliegen ab, wenn er noch die Hände dazu brauchen kann, und sie nicht mutilirt sind, dann ist er glücklich, er ist Rentier und Staatspensionär geworden. Wenn aber von uns Jemand eine Lepra-Untersuchung unternimmt, oder wenn einer unserer kühnen Forschungsreisenden in die afrikanischen Wildnisse geht und sich behelfen muss in der Hütte eines leprösen Eingeborenen, dann wird tiefes Weh in die Familien gerissen, sobald er, statt heimzukehren, in eine Einöde verscheucht wird.

Es sind strenge Maassregeln vorgeschlagen worden, Isolirung, Polizeianmeldung, Alles, was daraus folgt. Ja, meine Herren, wir Mediciner sind nicht nur in der practischen Ausübung unseres Berufs verantwortlich, wir sind es auch in gewissem Grade der Gesetzgebung. Wir jedoch sind einseitig. Das ist unser Recht und unser Vorzug, wenn wir in unserem Gebiete bleiben. Sobald wir aber darüber hinausgehen, sobald wir die Meinungen geklärt, gesichtet, unterbreitet, neue Initiativen herausgelockt haben, dürften wir, glaube ich, zurücktreten. Denn der Hygieniker ist kein Arzt im gewöhnlichen Sinne, er ist ein Völkerarzt, und die Völkerärzte müssen selbstverständlich mit den Gewohnheiten und den Rechten der Völker rechnen, ganz anders als wir das thun können. Und deshalb sind alle die Maassregeln, welche von uns für die Prophylaxe und für die Isolirung vorgeschlagen werden, nichts Anderes als ein gewiss höchst schätzenswerthes Material für die Behörden und für die Gesetzgeber, zu denen ja auch die einen oder andern hervorragenden Sachverständigen und Aerzte gehören, die sich um diese Dinge bekümmern.

Darum glaube ich, von Resolutionen, die wir hier fassen, können die Hohen Staatsregierungen, die uns mit ihrer Theilnahme beehren, nur immer einen ihnen zu überlassenden Gebrauch machen, und ich möchte deswegen bitten, dass wir uns in der Beziehung etwas zurückhalten. Wir sind ja auch in unserer eigenen practischen Thätigkeit darauf hingewiesen in Fällen, wie er beispielsweise mir vor kurzem begegnet ist. Es handelte sich um einen ausgezeichneten Diplomaten in hoher Stellung, den Abgesandten eines befreundeten fernen Staats, welcher in Berlin diplomatisch accreditirt war und den ich nicht näher bezeichnen kann, obgleich die Anzeigepflicht ihm gegenüber nicht obliegt. Er ist abgereist. Mir blieb nichts Anderes übrig, als ihm den Rath zu geben: Fahren Sie sofort weg, und zwar nach Paris zu Herrn Hallopeau! — und das hat er auch gethan. Diesen Herrn, einen Mann mitten im Leben auf der Höhe des Daseins stehend, ausserdem geschützt durch seine internationale Integrität, können wir nicht angreifen. Wie sollen wir ihn isoliren? Da müssen wir seine ganze Gesandtschaft cerniren. Dieser Herr hatte keine Ahnung, dass er leprös sei. Ja selbst seine Aerzte in Paris, die besten Kenner der Lepra, hatten nicht die Unhöflichkeit, ihm zu sagen: Sie sind leprös. Aber es war ein anästhetisch-maculöser Fall, wie er nur je dagewesen ist. Dieser Diplomat sagte mir: o, die Lepra ist nichts, absolut nichts. Einer seiner Freunde habe auch Lepra gehabt und der sei mit Jodkalium und grauer Salbe sehr gut curirt worden. Die Differentialdiagnose hier zu erörtern, ist nicht meine Aufgabe. Ich will nur hindeuten auf die Gefahr, die wir heraufbeschwören, nicht nur für die Gesunden, sondern auch für die Sonderung derjenigen Fälle, die schwer diagnosticirbar sind. Ich brauche nur darauf hinzuweisen, dass in meiner Vaterstadt Hamburg, deren hervorragende Vertreter wir hier begrüssen, eine wahre Colonie von unheilbar Leprösen bei meinen Collegen die Heilung mehr oder weniger vergeblich suchen. Die zogen alle nach Hamburg und das schadete bisher nichts. Herr Besnier sagt: Nun wohl, die erste Contamination werden wir isoliren. Das ist aber etwas spät. Wer sagt uns denn, dass die erste Contamination eingetreten ist? Im Grossen und Ganzen sind wir gerade den schleichenden Krankheiten gegenüber in Verlegenheit, die heute unscheinbar acquirirt werden und nach Jahren, wenn die Patienten längst in ihre Heimath zurückgekehrt sind, ausbrechen. Ja, wenn die Krankheit so ansteckend wäre, wie Masern und Scharlach, oder wie die Syphilis! Dann wäre das ja ein Segen für uns, heute, wo wir die Lepra vielleicht noch einschränken können und jedenfalls in andere Bahnen lenken müssen. Aber ich würde glauben, dass der nächste Congress sich nicht auf die Lepra zu beschränken hat. Wir haben unsere Pflicht gethan, man weiss, was man thun wird. Aber ich meine, dass nun bald die Syphilis herankommen muss. Die Syphilis ist eine Krankheit, gerade so verpönt wie die Lepra, und wer in irgend einer guten Gesellschaft bis zur vorigen Woche von Aussatz gesprochen hätte, den hätte man mangelhafter Erziehung geziehen. Heute haben wir die Lepra nicht allein zu allgemeiner Beachtung gebracht, sondern ihrer Besprechung Ein-

gang in die höchsten Sphären der Staats- und Reichsregierung verschafft. Wir haben ihr Gehör verschafft bis zu den Stufen des Thrones, und wenn wir gar nichts weiter erreicht hätten, wenn wir unversöhnt auseinandergehen über den intra- oder extracellulären Sitz der Bakterien — wir haben für die Menschheit und für die Wissenschaft etwas erreicht. Aber, weiter, glaube ich, dürfen wir nicht gehen, sondern nun sollten wir bitten: Hohe Staatsregierungen, Gesetzgeber und Behörden, sagt uns, was Ihr weiter von uns hören wollt.

Ich möchte die geehrten Herren Delegirten bitten, wenn der Herr Präsident dem Rechnung tragen will, vor allen anderen das Wort zu ergreifen, damit wir uns dann eine lange Reihe von Jahren vorbereiten, um neues Material zu schaffen. Wir haben einen Band gedruckt, ein Band von gleichem Volumen liegt noch in den Papieren, wir haben viel gesprochen und ich glaube, wir wollen darin unsere Pflichten und unsere Rechte nicht überschreiten.

Seine Durchlaucht der Herr Reichskanzler Fürst **zu Hohenlohe-Schillingsfürst:**

Ich muss zu meinem lebhaften Bedauern darauf verzichten, länger Ihren Verhandlungen beizuwohnen. Ich kann aber nicht von hier fortgehen, ohne Ihnen meinen Dank für den Eifer auszusprechen, mit dem Sie die hohe und schwere Aufgabe ausführen, die Sie sich selbst gestellt haben. Für uns, die Mitglieder der Kaiserlichen Regierung, werden Ihre Arbeiten ein sehr werthvolles Material bieten, auf dem wir weiter fortschreiten in der Bekämpfung dieser grossen und gefährlichen Krankheit. Lassen Sie mich Ihnen nochmals meinen herzlichen Dank im Namen der Staatsregierung für Ihre Thätigkeit aussprechen und damit den Wunsch verbinden, dass Ihre weiteren Berathungen noch zu weiteren wichtigen und günstigen Resultaten führen mögen. (Lebhafter, langanhaltender Beifall.)

Herr **Kirchner** (Berlin):

Meine Herren, nach den Ausführungen der hervorragenden Lepraforscher wird es Ihnen auffallen, dass ich als Vertreter eines Staates hier zum Worte komme, in welchem, wie Sie ja wissen, die Lepra glücklicher Weise noch so ausserordentlich wenig verbreitet ist. Aber zur Entschuldigung dafür erlauben Sie mir zweierlei anzuführen. Zunächst die Thatsache, dass wir uns doch einmal in Deutschland befinden und es also wichtig ist, über die Verhältnisse zu sprechen, die uns in erster Linie interessiren; dann aber vor allen Dingen die Thatsache, dass wir uns gegenüber einer Seuche befinden, welche, wie wir glücklicher Weise sagen können, in ihren ersten Anfangsstadien steht, die also möglichste Gewähr dafür bietet, dass es gelingen wird, wenn man rechtzeitig und energisch gegen dieselbe vorgeht, sie noch zu unterdrücken.

Seine Excellenz der Herr Kultusminister hat mich beauftragt, Ihnen das, was über die Seuchen bisher bekannt geworden ist und das, was er gegen dieselbe im Einverständniss mit den übrigen deutschen Staatsregierungen zu unternehmen beabsichtigt, rückhaltlos darzulegen,

und Ihnen in unsere Erwägungen über das, was geschehen ist, und das, was geschehen soll, den offensten Einblick zu gewähren. Auf diese Weise werden Sie am ehesten in der Lage sein, uns zu sagen, ob die Wege, welche wir eingeschlagen haben, die richtigen sind, und eventuell uns Rathschläge zu geben, welchen wir folgend das Glück haben würden, die beginnende Seuche erfolgreich zu bekämpfen.

In dem Reisebericht, welchen Herr Professor Dehio die Güte hatte zu erwähnen und den Herr Regierungsrath Kübler mit mir zusammen erstattet hat, haben wir bereits die historische Seite der Entstehung der Seuche in unserem Vaterlande berührt. Aus dem Reisebericht, welchen Herr Geheimrath Koch, — der leider hier nicht zugegen ist — über die Lepra im Kreise Memel erstattet hat, haben Sie ersehen können, dass im ganzen bisher 34 Fälle im Kreise Memel vorhanden sind. Von diesen 34 sind, wie der Herr Kultusminister Ihnen bereits mitgetheilt hat, 19 gestorben, sodass augenblicklich noch 15 vorhanden sind. Zu der grossen Beunruhigung, die im vorigen Jahre unter äusseren Verhältnissen in der Bevölkerung des Kreises Memel und im ganzen übrigen Reiche entstanden ist, war, wie man wohl sagen kann, ein plausibler Grund gegenüber diesen Zahlen eigentlich nicht vorhanden. Andererseits aber giebt die Thatsache, dass diese 34 Fälle aus 17 verschiedenen Ortschaften herstammen, und dass sich die Fälle als eng zusammengehörig erwiesen haben, zu denken, und da wir wissen, dass die Krankheit nicht durch Erblichkeit und nicht durch Fischnahrung, sondern durch Uebertragung von Person zu Person weiter verbreitet wird, so ist es unsere Pflicht, dem energisch entgegenzutreten. Seine Majestät der Kaiser und König hat, wie Ihnen bereits mitgetheilt worden ist, sich ganz ausserordentlich lebhaft für die Frage interessirt. Ich darf Ihnen mittheilen, dass das Interesse sogar so weit gegangen ist, dass auf speciellen Befehl seiner Majestät über jeden einzelnen Fall von Lepra an das Cabinett Seiner Majestät berichtet werden muss. Das Interesse geht sogar so weit, dass er uns Antworten darauf ertheilt, in denen er uns sagt, wie er sich denkt, dass in erfolgreicher Weise gegen die Sache vorgegangen werden könnte, und er hat uns einige werthvolle Anregungen gegeben. Eine Anregung, die wir ihm verdanken, ist die Frage, ob es in der That möglich ist, gegenüber dieser neuen Krankheit mit den bestehenden Gesetzen auszukommen, oder ob es nicht nöthig ist, die Gesetzgebung zu ändern. Diese Frage ist ganz ausserordentlich wichtig. Wir sind im deutschen Reiche leider nicht im Besitze eines Seuchengesetzes. Wir sind im Jahre des Herrn 1897 noch immer genöthigt, mit einem Regulativ, welches aus dem Jahre 1835 stammt, die Krankheiten zu bekämpfen. In diesem Regulativ ist die Lepra überhaupt nicht erwähnt, und man könnte also daraus folgern, dass wir gegenüber der Lepra wehrlos sind. Diese Folgerung ist aber falsch, denn in dem ersten Theil des Gesetzes ist ausdrücklich gesagt, dass sich die sanitätspolizeilichen Vorschriften auf ansteckende Krankheiten überhaupt beziehen. Der Herr Kultusminister hat sich anfänglich, als die Lepra bei uns aufkam, mit dem Herrn Minister des Innern in Verbindung gesetzt und sie haben sich beide darüber geeinigt, dass ohne allen Zweifel die Lepra unter das Regulativ von 1835 falle.

Es fragt sich nun weiter, was auf Grund dieses Regulativs geschehen kann, und ob es ausreicht, um die Seuche zu bekämpfen. Als die Aufmerksamkeit der Preussischen Staatsregierung zuerst auf die Lepra gelenkt wurde, hat sie sofort im Jahre 1892 veranlasst, dass eine öffentliche Belehrung über die Art der Krankheit, über ihre Verhütung und Bekämpfung erlassen würde. Dieselbe ist in dem Kreisblatt unseres Kreises Memel im Jahre 1892 veröffentlicht worden. Im Jahre 1896 kam eine genauere Kenntniss üüer die Zunahme der Fälle. Es wurde ein Geheimer Medicinalrath aus dem Ministerium, Geheimrath Schmidtmann, im Juni vorigen Jahres hingeschickt, um sich genau über die Sache zu orientiren. Auf seine Veranlassung kam Geheimrath Koch, wie Ihnen ja bekannt ist, dorthin. Der untersuchte jeden einzelnen Fall, er sprach sich darüber aus, was mit dem Fall oder überhaupt zu geschehen habe und seiner werthvollen Anregung sind wir im Wesentlichen gefolgt.

Es kam weiter in Betracht, dass es nöthig ist, über die Verbreitung der Krankheit genau orientirt zu werden. Nach § 9 des Regulativs besteht Anzeigepflicht nur für eine bestimmte Reihe von Krankheiten. Es wurde also am 22. Januar d. J. die Anzeigepflicht für Lepra für den gesammten Umfang der Preussischen Monarchie eingeführt. Das hat dahin geführt, dass einige Fälle von Lepra ausserhalb des Kreises Memel inzwischen bei uns bekannt geworden sind. Es ist dann die Ansicht bei der Regierung durchgedrungen, dass es nöthig ist, im Kreise Memel Aerzte zu haben, welche mit den Erscheinungen der Krankheit durchaus vertraut sind. Auf Veranlassung des Herrn Cultusministers ist der Kreisphysikus des Kreises Memel auf längere Zeit hierher ins Institut für Infectionskrankheiten commandirt worden, um unter Leitung unseres berühmten Pathologen Koch mit den Erscheinungen sich vertraut zu machen. Wie Ihnen bekannt ist, hat dieser Kreisphysikus uns beide, Regierungsrath Kübler und mich, nach Russland begleitet, wo wir vorzüglich eingerichtete Leproserien, ferner eine grosse Anzahl von Leprösen gesehen haben.

Weiter erwies sich als nothwendig, zu fragen, ob es möglich ist, auf Grund des Regulativs das durchzuführen, was in erster Linie nöthig ist, nämlich die Isolirung der Leprösen. In dieser Beziehung sagt der § 16 des Regulativs, dass es möglich ist, alle diejenigen ansteckenden Kranken, welche in ihren häuslichen Verhältnissen sich nicht so befinden, dass eine Ansteckung mit Sicherheit zu verneinen ist, auf Grund einer Verordnung der Polizeibehörden oder der Ortssanitätscommission in eine Krankenanstalt überzuführen. Nachdem durch Vereinbarung der Preussischen Staatsminister festgestellt ist, dass diese Bestimmung sich auch auf die Lepra erstreckt, haben wir ohne allen Zweifel das Recht, die Leprösen in eine Krankenanstalt zu überführen. Bisher hat durch einen bedauerlichen Druckfehler, der sich in den neueren Handbüchern findet, die Ansicht bestanden, dass die Fassung des § 16 des Regulativs eine derartige ist, dass da stand: Polizeibehörden und Sanitätscommissionen. Mit dieser Bestimmung sind wir auf bedauerliche Hindernisse gestossen. In allen den Fällen, wo der Herr Minister gewollt hat, dass die Leprösen isolirt werden sollen, hat sich die Sanitätscommission, welche ja aus Ortsangehörigen besteht,

dagegen erklärt. Wir werden jetzt in der Lage sein, nachdem sich herausgestellt hat, dass diese Bestimmung im Gesetz ursprünglich anders lautete, allein auf Bestimmung der Polizeibehörde die Leprösen zu isoliren, und werden damit viel bessere Erfolge haben, als es bisher möglich war.

Es hat sich aber weiter als nöthig erwiesen, dass die als leprös Erkannten auch dauernd unter einer Ueberwachung bleiben. In diesem Sinne hat der Herr Cultusminister im Einverständniss mit dem Herrn Minister des Inneren verfügt, dass sämmtliche Lepröse, die amtlich gemeldet sind, alle 6 Monate durch den Kreisphysicus des Kreises untersucht und auch darüber berichtet wird, wenn ihr Zustand sich geändert hat.

Ferner sind wir zu der Erkenntniss gekommen, dass die Anzeigepflicht vielleicht doch nicht in dem Umfange gehandhabt wird, wie es im Interesse der Sache nöthig ist. Ohne bestimmte Vorschriften kann es ja vorkommen, dass ein Lepröser nicht zur Kenntniss der Behörden gelangt. Deshalb hat der Herr Minister vor wenigen Tagen die Verfügung erlassen, dass in nächster Zeit eine Absuchung des Kreises Memel durch eine Anzahl mit der Lepra durchaus bekannter Herren stattfinden wird. Es werden sämmtliche Mitglieder der Familien in sämmtlichen Ortschaften des Kreises untersucht werden und es wird sich dann herausstellen, ob wir in der That nur 15 Leprakranke im Kreise haben, oder ob noch mehr Leprakranke vorhanden sind. Auf diese Weise erwarten wir ein ganz bestimmtes Urtheil über die Zahl und über die Verbreitung der Krankheit zu bekommen.

Ferner aber erscheint es nöthig, wie dies aus den Ausführungen der Lepraforscher hervorgegangen ist, dass wir der Grenze eine ganz besondere Aufmerksamkeit zuwenden. Von den 17 Ortschaften, in welchen die Lepra sich befindet, befinden sich nicht weniger als 14 in dem nördlichsten Districte des Kreises Memel, also in einem Districte, welcher an das russische Gouvernement Kurland stösst, wo ja die Lepra zu Hause ist. Merkwürdigerweise finden sich in dem an die Ostseite des Kreises stossenden Gouvernement Kowno nur zwei Fälle, sodass also die Gefahr von dort ausgeschlossen ist. Nur drei Ortschaften mit Leprösen befinden sich im südlichsten Theile des Landes. Nun sind wir nach § 15 des Regulativs durchaus in der Lage, den Grenzverkehr aufs Strengste zu überwachen, und Jeder, der die Grenze passirt, weiss, dass überall da, wo die Deutschen wohnen, auf ausländischem Gebiet Controllstationen eingeführt werden, wo die Einwanderer aus den benachbarten Staaten ärztlich untersucht werden, um festzustellen, ob sie mit ansteckenden Krankheiten behaftet sind. Hierzu bestimmt § 15, dass ansteckende Kranke aus unserem Vaterlande keine Reisepässe bekommen dürfen, wenn sie ins Ausland reisen. Ob diese Maassregeln in ihrer ganzen Ausdehnung auf die Lepra anwendbar sind, steht dahin und müssen weitere Verhandlungen ergeben. Jedenfalls ist so eine Handhabe geboten, um auch in dieser Beziehung der Lepra das wachsamste Augenmerk zuzuweisen. Leider besteht allerdings die Thatsache, dass diese Grenzstationen durchaus nicht innegehalten werden. Wer einmal die Grenze bereist hat — und ich habe es im Auftrage der Regierung vor einiger Zeit thun müssen

— weiss, dass die sogenannte grüne Grenze vielfach überschritten wird. Es sind Einwanderer, die die Kosten scheuen, die ihnen dadurch erwachsen, dass sie die Controllstationeu passiren. Sie gehen an einer ungenügend überwachten Stelle über die Grenze, bringen die Krankheit mit, und es ist schwer, sie im Inlande festzustellen. Es wird nöthig sein, den Gefahren, welche auf solche Weise der Gesundheit des Vaterlandes drohen, durch strenge Controlle entgegenzutreten.

Vor allen Dingen wissen Sie ja aber, dass es nöthig ist, die Leprösen streng zu isoliren. Es fragt sich: in welcher Weise soll die Isolirung geschehen? Meiner Ansicht nach müssen alle diejenigen Leprösen, welche in ihren Sekreten, sei es im Mundschleim, sei es im Nasenschleim, sei es im Auswurf, Leprabacillen haben, der Möglichkeit, andere anzustecken, entzogen werden. Ob diese Möglichkeit im Kreise ihrer Familie gegeben ist, muss der verantwortungsvollen Beurtheilung des Arztes überlassen bleiben. Ich fürchte, dass es wenige Familien geben wird, in denen es möglich ist, einen Leprakranken derart zu isoliren, dass es ihm unmöglich wird, die Krankheit zu übertragen. Immerhin wird es eine Reihe von Familien geben, die gut situirt sind, die sich einer grossen Wohnung und der nöthigen Mittel erfreuen, um dem Kranken ein eigenes Zimmer anzuweisen, um seine Absonderungen, seine Wäsche u. s. w. zu sterilisiren, diesen Kranken im eigenen Hause zu behalten. Aber ich bin der festen Ueberzeugung, dass das in den allerwenigsten Fällen, jedenfalls nur in Ausnahmefällen, möglich sein wird. In allen übrigen Fällen ist es durchaus wünschenswerth, die Kranken in Krankenhäusern, und zwar in Leproserien, zu isoliren.

Dieser Erkenntniss hat sich die Preussische Staatsregierung, wie Ihnen bekannt ist, nicht verschlossen. Es sind durch das Preussische Abgeordnetenhaus bereits die Mittel verfügbar gemacht worden, um eine Leproserie im Kreise Memel einzurichten, und ich bin im Besitz der Pläne, die ich hier mitgebracht habe, nach denen das Leprosorium nach meinen Angaben errichtet werden wird.

Es fragt sich aber: wer soll in diesen Leproserien die Kosten zahlen. Ich habe mir erlaubt, unter den gedruckten Beiträgen einen Beitrag zu geben, worin ich für die Gründung von Lepragesellschaften plaidirt habe. Meiner Ansicht nach ist es Pflicht des Staates — und diese Ansicht wird von der Königlichen Staatsregierung getheilt — auf Staatskosten Krankenhäuser für die Leprösen zu errichten. Diese Leproserie, welche wir gründen, wird auf Staatskosten gegründet werden. Ebenso ist es nach Ansicht der Staatsregierung Pflicht derselben, das Aerztepersonal, das Personal an Bedienung, an Krankenwärtern u. s. w. auf Staatskosten zu unterhalten. Ferner ist der Staat der Ansicht, dass er die Verpflichtung hat, alle diejenigen, welche aus sanitätspolizeilichen Gründen, d. h. weil sie innerhalb ihrer Familie nicht sicher isolirt werden können, in die Leproserie kommen, auf Staatskosten innerhalb des Leprosoriums zu unterhalten. Was die übrigen Kranken betrifft, so ist der Staat allerdings der Ansicht, dass deren Unterhaltung Sache der Kranken selber resp. der Ortsbehörden sei.

Nun möchte ich eins Ihrer Erwägung anheimgeben. Die Lepra

ist eine Krankheit, welche Jahre lang dauert, welche den Besitzstand des Einzelnen schwer schädigt, welche das Vermögen ganzer Familien herunterbringt. Es kommt auch noch eins hinzu. Stellen Sie sich vor, dass ein leprös Kranker, welcher das Haupt einer Familie ist, isolirt werden muss. Dann wird er seiner Familie entzogen. Die Familie, welche bisher darauf angewiesen war, von ihm unterhalten zu werden, sieht sich demgegenüber genöthigt, an die öffentliche Wohlthätigkeit zu appelliren. Wer soll nun für die Familie sorgen? Sie fällt der öffentlichen Armenpflege zur Last. Für Familien, die sich in verhältnissmässig besseren Verhältnissen befunden haben, ist es ausserordentlich schmerzlich und drückend, der Armenpflege anheimzufallen. Sie wissen: Armenbrod ist ein sehr bitteres Brot. Es ist im Interesse der Leprösen besonders wünschenswerth, dass man ihnen eine sichere Gewähr dafür bietet, dass, wenn sie in ein Leprosorium gehen, für ihre Familie gesorgt wird, sodass sie zu dem übrigen Kummer, welchen ihnen die Krankheit selbst erregt, nicht noch die Sorge haben für die Zukunft ihrer Familienangehörigen. Hierfür zu sorgen, ist der Staat leider nicht in der Lage und ich möchte daher in der That glauben, dass es nöthig ist, hier in anderer Weise einzutreten. Das Beispiel, welches uns die russischen Verhältnisse geboten haben, ist ausserordentlich dankenswerth. Die russischen Leprageselllschaften sind ja meiner Ueberzeugnng nach zu weit gegangen. Wenn die russischen Leprageselllschaften es übernehmen, selber die Leprahäuser zu gründen, wenn sie selber für alle Kranken sorgen wollen, so übernehmen sie etwas, was meiner Ansicht nach zum grössten Theil Pflicht des Staates ist. Aber sie sollten anders einschreiten, sie sollten sich mit dem Staat in Verbindung setzen und sollten überall da helfend eingreifen, wo der Staat wirklich nicht helfen kann. Nun werden Sie sagen: kann denn der Staat nicht für die paar Leprakranken, die wir haben, voll und ganz sorgen, kann er nicht für die wenigen Leprakranken auch in der Weise sorgen, dass er den Familien Jahresgeld aussetzt? Und Sie haben entschieden Recht: gegenüber ausnahmsweisen Unglücksfällen sind ausnahmsweise Mittel geboten. Aber der Staat und hier in erster Linie der preussische Finanzminister, stellt sich auf den Standpunkt, dass er sagt: ich will gern für die wenigen Leprakranken das thun; aber bedenken Sie die Folgen. Es giebt noch andere Krankheiten, die nicht weniger eingreifen in den Besitzstand der Familien, die nicht weniger Unglück über die Familien bringen. ich denke vor allen Dingen an die Tuberculose. Was den Leprösen recht ist, ist den Tuberculösen billig. Also von diesem Standpunkte aus dürfen wir dem Staat nicht allzuviel zumuthen, und ich möchte in der That dafür plaidiren, dass Ihre so anerkannte und mit solchem Eifer für die Sache eintretende Lepraconferenz auch ihre Stimme dafür abgebe, dass möglichst auch die öffentliche Wohlthätigkeit sich in den Dienst dieser hehren Sache stellt, um in allen Fällen, wo der Staat nicht helfen kann, helfend einzugreifen. Jeder Staat hält es für seine Pflicht, für die Vaterlandsvertheidiger zu sorgen. Unsere Militärverhältnisse sind vorzüglich; kein Verwundeter bleibt unversorgt. Aber bei den Schwierigkeiten, die mehrfach doch entstehen, hilft das Rothe Kreuz und bringt dem Verwundeten und seinen Angehörigen alles das

Angenehme, was der Staat nicht leisten kann. Ich glaube, es wäre eine sehr dankbare und edle Aufgabe, wenn sich ein Lepraverein gründete, der Alles thäte, was der Staat, — der, wie Sie ja gehört haben, Vieles thun will, — nicht thun kann. Ich darf noch einmal wiederholen, was Seine Excellenz der Preussische Herr Cultusminister in der Eröffnungssitzung gesagt hat: Sie dürfen fest überzeugt sein, dass die Preussische Staatsregierung der Lepra ihre volle Aufmerksamkeit zuwendet. Die Staatsregierung ist sich darin vollständig einig, dass sie der Lepra gegenüber hohe Pflichten hat. Unterstützen Sie sie in dieser Weise, so dürfen wir wirklich hoffen, — und ich glaube, Sie werden mir darin zustimmen, — dass es gelingen wird, diesen drohenden Feind, der unsere Grenze überschritten hat, im Keime zu ersticken.

Vorsitzender: Ich habe noch anzuzeigen, dass Seine Excellenz der Herr Minister des Innern, Freiherr von der Recke, vorhin in Ihrer Mitte anwesend gewesen ist. Er ist später gekommen und ist nicht Gegenstand der feierlichen Präsentation gewesen. Ich darf in seinem Namen nachträglich Ihnen anzeigen, dass er erfreut ist über Ihre Anwesenheit und über den Geist, in dem die Verhandlungen geführt werden, und dass er versprochen hat, nach Kräften für die Sache zu wirken.

Herr **G. Thibierge** (Paris):

La prophylaxie de la lèpre dans les pays, ou sa propagation est nulle ou a peu près nulle, ne peut pratiquement reposer que sur des mesures très allénuées et non vexatoires.

Comme pour toutes les maladies contagieuses il faut tenir compte dans l'institution des mesures sanitaires, des caractères cliniques de la maladie, de la durée de son incubation, de son pouvoir contagieux, de ses modes de transmission, de sa distribution géographique, toutes données très differentes ici de ce qu'elles sont pour la plupart des maladies contagieuses.

La visite sanitaire obligatoire de tous les sujets provenant des pays très contamines est impraticables pour une foule de raisons. Cependant, elle pourrait être appliquée à certaines categories de suspect, qui sont particulièrement atteints et dangereux: Militaires revenant de faire campagne en pays lépreux, Marins, employés du service coloniale et pénitentiaire.

Les sujets reconnus lépreux seraient signalés par leurs administrations respectives, aux autorités sanitaires du lieu de leur résidence qui connaitraient ainsi les importations lépreuses. Assureraient leur surveillance, leur faciliteraient la pratique de la désinfection et, au besoin, l'hospitalisation.

La déclaration obligatoire des cas de lèpre est impraticable, par ce que la grande majorité des médecins ignorent la clinique léprologique; par ce que cette mesure serait très impopulaire et qu'elle n'est pas plus applicable à la lèpre qu'à la tuberculose.

L'isolement des lépreux, très nuisible à la diffusion des connaissances cliniques sur la lèpre, serait non moins impopulaire que la déclaration obligatoire. En pratique, il parait complètement inutile,

la transmission de la lèpre se faisant suivant toutes vraisemblances par l'intermediaire des produits de sécrétion des ulcérations lépreuses; les pansements occlusifs, la destruction des pièces de pansement, la désinfection des vêtements peuvent dans un service d'hôpital aussi bien qu'a domicile, réaliser, à moins de frais et avec grands avantages, remplacer, au point de vue prophylactique l'isolement des lépreux.

Herr **Sederholm** (Stockholm):

Die Isolirung der Aussätzigen in Schweden ist ganz freiwillig. Wir haben eine kleine Leprosorie, wo ungefähr 20 Lepröse immer sind. Man kann nicht genau sagen, wie viel Lepröse es in Schweden giebt. Es giebt Leprakranke an mehreren Orten, besonders in einer Provinz, Helsingland. Die Zahl der Leprösen ist 1860 auf 60 oder 80 berechnet worden. Später sind Berechnungen gemacht und es ist besser überwacht worden. Da hat man ungefähr 100 gefunden. Die höchste Zahl war im Jahre 1863: etwas mehr als 100. Die Isolirung ist eine ganz freiwillige gewesen, und jetzt sind wir doch auf 36 gekommen. Die Kranken können ausgehen, können zurückkehren, wann sie wollen; aber natürlich sucht der Arzt so viel wie möglich die Knotenfälle wenigstens für das ganze Leben dazubehalten. Auch wir haben es so eingerichtet, dass ein Arzt die Kranken besucht, dass alle Krankheitsfälle gemeldet werden, und dass der Arzt bei seinem Besuch ganz wie in Norwegen so viel wie möglich für eine Isolirung in der Heimath des Kranken zu sorgen sucht, und er wendet sich, wie dies auch Herr Hansen gesagt hat, besonders an die Anverwandten des Kranken und nicht an den Kranken selbst. An den anderen Plätzen in Schweden, wo die Lepra vorkommt, und wo die Isolirung bis jetzt nicht durchgeführt werden konnte, hat die Zahl der Kranken während der letzten Zeit zugenommen, und zwei neue Herde sind sogar entstanden. Das scheint mir ganz entschieden für die Wirkung der Isolirung zu sprechen und spricht auch dafür, dass man mit ziemlich kleinen Mitteln schon auskommen kann.

Herr **Ehlers** (Copenhague):

Je ne vous fatiguerai qu'une seule minute. Le ministère de la justice en Danemark, qui est en même temps le ministère pour l'Islande, que j'ai l'honneur de représenter dans cette Conférence, va faire adopter prochainement la loi norvégienne sur l'isolation des lépreux qui sont trop pauvres pour vivre à leur domicile dans une isolation suffisante du reste de leur famille. On ira peut-être un peu plus loin, jusqu'à enlever les enfants sains de parents lépreux; car nous avons que le pauvre lépreux est le plus grand danger pour sa propre famille.

On ouvrira une léproserie en Islande au mois de juillet 1898. Quant au frais, c'est une société philanthropique, les „Odd-Fellows“, qui, sur mon initiative, ont ramassé 100000 couronnes, qui serviront à construire la léproserie dont on fera cadeau à l'Etat.

Herr **Alvarez** (Honolulu):

A strict law enforcing segregation has been in force in Hawaii for over 30 years. The results have been disappointing to shose who

had predicted that this law would be the means to stamp out the disease. However the law has been very useful in keeping the disease in check.

I am opposed to the adoption of rigorous or cruel measures against the lepers, because they lead to couceulment of cases and thus defect the object for which they were adopted, and above all, because we ought to adhere to principles of justice and humanity and must not treat the lepers as if they were criminals. The Hawaiians are the most peaceful and law-abiding people in the world, and yet at times they resist the officers of the law when they attempt to arrest a member of their family. No benefits would follow the recommendation by this Conference of severe measures against the lepers, because we have no authority to legislate nor to enforce our recommendations.

I will support any recommendation for segregation of lepers which will not inflict upon them any more inconvenience than is absolutely necessary to prevent the spread of the disease.

Herrn **H. F. Glade's** Memorandum zu den Ausführungen des Herrn Dr. Alvarez von Honolulu (Hawaii):

Wenn Herr Dr. Alvarez in seinem mündlichen Bericht die Bemerkung macht, dass Leprosy auf den Hawaiischen Inseln sich nicht vermindert habe, trotzdem die gesetzliche Absperrung der Kranken- und Krankheitsverdächtigen schon seit dem Jahre 1865 bestehe, so wirkt eine solche Aeusserung nach den unmittelbar vorhergegangenen Kundgebungen der ersten Autoritäten unter den Lepra-Forschern quasi wie ein Schlag in's Gesicht, und ich halte es für angezeigt, der Behauptung des Herrn Dr. Alvarez einige Worte mit auf den Weg zu geben.

Zwar ist es richtig, dass das in Abschrift angelegte Gesetz bereits von dem letzten der Kamehameha-Könige im Januar des Jahres 1865 gegeben worden ist, und unter der Regierung des schlichten und tüchtigen Kanaker Königs wurde das Gesetz auch bona fide durchgeführt. Das Geschlecht der Kamehamehas hatte unbeschränkte Autorität über das Hawaische Volk und es wagte keiner der Unterthanen, sich dem Willen des obersten Häuptlings zu widersetzen. Als dann aber, und zwar nicht lange nachdem das Gesetz gegeben war, der letzte der Kamehamehas starb und David Kalakaua auf den Thron kam, änderte sich die Art der Regierung sehr bald. Kalakaua kam aus einer kleinen Chiefs Familie, das Volk im Allgemeinen kannte ihn nicht und in seiner Unsicherheit fing er bald an, sich Popularität zu erkaufen. Er haschte auf alle Weise nach der Gunst des Volkes und liebäugelte auch mit den unglücklichen Aussätzigen, die nach Molokai verbannt waren. Es wurden ihnen die unglaublichsten Freiheiten gestattet; sie durften das Settlement verlassen, ihre Verwandten durften sie besuchen und blieben manchmal Monate lang bei den Aussätzigen, so dass mit einem Wort von der strengen Isolirung, wie sie das Gesetz vorschreibt, keine Rede mehr war.

Erst seit etwa 3 Jahren, mit Einführung der neuen Regierung, ist das Gesetz buchstäblich zur Ausführung gekommen und schon jetzt

kann man es deutlich merken, dass die Absonderung die beabsichtigte Wirkung hat. Doctor Mouritz, der auf der Lepra-Station auf Molokai von der Hawaiischen Regierung angestellte Arzt, sagt hierüber wie folgt:

It has been said „there is now just as much leprosy as ever". I decline to accept this statement in the face of the fact that in the past, leprosy has been an unknown quantity; — at the present day leprosy is a fairly well known quantity; — furthermore there is a material difference in degree of severity. At the present date the bulk of the cases segregated are mild, whereas ten years ago severe cases comprised the bulk. Ten years ago mild cases were left at large in the population and were an unknown quantity, whereas to-day the most rigid segregation can only produce mild cases; severe cases are to be found, but rarely, at the present day.

Herr **Kinyoun** (Washington):

I have only a few words to say regarding Leprosy in the United States of America.

We have in all probability about 300 cases, and perhaps more, if all the cases were known. The disease is storty spreading. The General Government has already catled attention to this subject, in its quarantine laws and regulations, which are to the effect that no case of leprosy shall be allowed to enter the United States. The management of the cases of leprosy in now entirely in the hands of the State anthorities and there is not the same system in all the states, some are good, others not so.

Already the General Government through the Marine Hospital Service has taken the position that leprosy should be under supervision and the cases should be isolated, and has recommended the esthablishment of a National Leper Colony or Asylum, where the State and local authorities could send their cases for care and treatment.

It is to be hoped that the final action of this Conference will be such as to bear influence, in bringing about a speedy adoption of some system in own country, bi which it will be possible not only to prevent the further spread of Leprosy but to obliterate it.

Herr **von Bergmann** (Riga):

Die Stadt Riga hat den Kampf gegen die Lepra aus eigenen Mitteln aufgenommen und die Mittel zur Unterdrückung der Seuche im reichsten Maasse bewilligt. Wir haben das Leprosorium in der Weise eingerichtet, dass wir den Kranken den Aufenthalt dort möglichst angenehm machen. Wir haben auch das erreicht, dass Kranke, welche in privater Isolirung unter Aufsicht der Sanitätsärzte sich befunden haben, diese Isolirung im Hause aufgegeben haben und in unser Leprosorium eingetreten sind, weil sie es dort besser und billiger haben. Allein wenn man berücksichtigt, dass von den reichlich 60 Insassen der Anstalt zwei Drittel Frauen sind, so weist die Thatsache der geringen Anzahl der Männer darauf hin, dass diese Männer doch offenbar dringende Gründe haben, den Aufenthalt in der Anstalt zu vermeiden. Die Gründe sind ja einerseits wohl in dem grösseren Freiheitsbedürf-

niss zu suchen, andererseits aber entschieden in dem Umstande, dass der Mann, wenn er in das Leprosorium tritt, seine Familie mangelhaft versorgt lässt. Wohl bekommt die Familie die Unterstützung von seiten der Stadt. Aber im besten Falle beträgt doch diese Unterstützung nur 10 pCt. der Einnahme, welche der arbeitende Hausvater seiner Familie gewährt hat. Ich meine also, dass der Vorschlag des Herrn Prof. Kirchner durchaus zu beherzigen ist, dass wir Gesellschaften bilden, welche die Familien der Leprösen für die Isolirung des Hausherrn, des Hauptes der Familie, entschädigen.

Ich wende mich aber dagegen, dass die Anstalten in Haftanstalten umgewandelt werden für die Kranken, welche dahin abgeliefert werden. Es ist eine ganz verschiedene Sache, ob der Staat eventuell gegen den Willen des Betreffenden einen dem Krankenhause überliefert, oder ob wir eventuell denselben mit Zwang in der Anstalt zurückhalten. Ich glaube, wir können sehr wohl zum Ziele kommen und den Kranken veranlassen, in der Anstalt zu bleiben, auch wenn er einige Male aus derselben entweicht, namentlich, wenn wir der Anstalt durchaus den Charakter des Krankenhauses und des Asyls bewahren.

Herr **Broes van Dort** (Rotterdam):

Ad 1. Il est désirable.

Quoique la preuve scientifique, que la lèpre est une maladie transmissible, manque jusqu' au jourd'hui, il y a beaucoup de cas, qui tendans la transmissibilité très probable. A une côte se trouvent histoire de la maladie dans le village Barcent en Espaque, celles à Cap. Breton et à Emmaus en Transvaal. De l'autre coté on vois la diminution des cas, chez les Cosaques, après un isolement rigoureux. On vois cette diminution dans les Indes Orientales Hollandaises on en quelques lieux eloignés les habitants des villages isolent les lépreux dans les bois et les envoient de nous viture quand, ils enpument leur desir d'une on d'autre manière. Ce ne sont que très peu d'exemples sur la grande quantité.

On peut observe que, quand on fonde des léprose vie, on devrait aussi faire ériger des maisons d'isolement pour toute autre espèce de maladie transmissible. Mais d'autre côlé, on ne peut pas appliquer chez chaque maladie infectieuse, tout ce qui est désirable pour la lèpre relatant l'isolement. Les maladies sur les quels out pourrait faire la remarque sont la syphilis en la tuberculose, qui sont beaucoup plus frequents.

Pour les lépreux un isolement en possible et désirable.

Ad 2. Isolement forcé etc.

Ce séjour dans la léproserie sera volontaire. En géneral et en tous cas dans la Hollande il aurait de grande difficultés de faire acceptes une loi, sela laquelle le séjour dans la léproserie serait forcé. Excepté qu'il ne convient pas avec nos idées modernes et humaines, se ne crois pas que chez nous un Ministère serait a trouver, qui voudrait venir presentes à Chambres de Députés, un projet de loi, contenant une clausule de séjour forcé pour tous les cas de lèpre. L'isolement forcé est désirable pour ceux qui sont sans nourriture, sans demeure, qui pur courent en mendiant les villes e les campagnes. Dans ces cas

l'isolement forcé consideré d'une vue humanitarie et sociale est utile et indispensable.

(Notre colonie Weenhuizen.)

Ad 3. Les états, possedont des colonies etc.

Parcequ'el est plus facile de trouver une ou deux places assez isolés pour une ou deux grandes léproseries (en proportion avec l'entensité pu pays) et me semble utell de ne fondes pas une très grande nombre d'asyls. A un des ces asyls on devrait ajouter un laboratoire pour l'étude de la maladie et de sa thérapie, pas encore tout a fact indispensables, comme nous avons vu. L'entier sous la direction d'un leprologis ce, qui a déja donné les preuves scientfiques que le gouvernement pourra laiger. Le séjour sera volon faire, seulement forcé dans les cas nommés dans la thèse seconde.

Le transport sera en géneralement gratuit dans des bateaux ou voitures destinés seulement pour les lepreux. Quand il est possible, on devrait faire une installation pour desinfecter les navires en voiture pas moyen de la vapeur de leur propre machine.

Ad 4. Le gouvernement colonial etc.

Parceque 'il n'est pas possible d'isoler dans les colonies les indigènes, loin de leur villages, il faut prendre pour eun une autre mesure, pour parvenir au but, suppression de la maladie. A on fera habiter les lépreux sur un lieu très isolé, par préference une île. Le Gouvernement prendra soin leur nourriture, pour de l'eau potable et pour des medicament necessaires. Un médicin sistera l'aside une ou deux fois per semaine. Le grande difficulté pourtant sera qu'ils doivent se séparer de leurs familles. Cette difficulté est à peu près invincible, seulement quand la famille saine se rend avec le malade sur l'île isolée, la difficulté est un peu resolue et on obtient une analogie avec les léproseries de la Turquie.

Thèses.

1° Il est désirable, que chaque Gouvernement, reconnaissant la contagion et la transmissibilité de la lèpre fonde une ou deux léproserie.

2° Le séjour ne sera forcé que dans quelques cas exceptionnels, à régler par chaque Gouvernement ou par des mésures internationals.

3° Les états, possédant des colonies où règne lèpre, fondent dans ces colonies une ou plusiers léproseries en proportion avec le nombre des malades. Le séjour sera volontaire, sauf quelques cas exceptionnels. A la léproserie doit être adjoint un laboratoire pour l'étude de la maladie et de la thérapie.

4° Le Gouvernement Colonial donne une subside aux lépreux indigènes, avec la condition qu'ils s'établissent en des villages destinés seulement pour des l'épreux, et ayant une situation isolée.

Herr **Hallopeau** (Paris):

Comme mesure d'isolement, il en est une qui me parait d'une importance capitale; c'est celle qui consiste à circonscrire la lèpre dans les pays où elle existe.

Nous sommes sans armes contre l'invasion par la voie de terre,

mais il n'en est pas de même pour l'invasion par les navires, de beaucoup la plus importante.

L'expérience montre que les mesures sanitaires peuvent défendre nos pays contre l'importation de la peste, du choléra et de la fièvre jaune. Je demande en mon nom personnes qu'en les applique également a la lèpre et je formule la proposition suivante:

I. Etant donné qu'il s'est produit dans l'Europe centrale des cas de transmission de la lèpre par des sujets provenant de régions infectées et qu'à l'augmentation de l'invasion lépreuse constatée, pour nos pays, un péril public.

Je demande:

1. que l'entrée des lépreux par les ports maritimes soit interdite en Europe;

2. que dans chaque port de mer, un médecin spécial examinera à ce point de vue les passagers;

3. que les médecins des navires soient tenus de faire la déclaration des cas de lèpre existant à bord.

Il est un autre point sur le quel je me permettrai, d'après l'attention de l'assemblée:

On peut se demander si l'accumulation de lépreux dans un même local ne peut constituer un danger.

On sait qu'avant l'adoption des moyens antiseptiques, les salles de chirurgie et d'accouchement étaient de puissants foyers d'infection, la virulence des germes morbides s'y tenait.

On peut craindre qu'il n'en soit de même dans nos léproseries et nous avons indiqué cette cause comme pouvant expliquer la contamination des infirmiers et des religieuses dans les léproseries des pays chauds, alors qu'ils restent indemnes dans les hôpitaux spéciaux de l'Europe centrale.

Je demande que dans les léproseries, les sujets atteins de lésions ulcéreuses ou d'alteration des fosses nasales soient isolés.

Herr **Kalindero:**

Mesures prophylactiques. Le gouvernement de Roumanie en face de ce fléau qui devient de jour en jour plus inquiétant, a trouvé nécessaire de prendre des mesures prophylactiques, qui dans leur ensemble peuvent se résumer par la modification suivante de la loi sanitaire actuelle sur les points suivants:

1. La lèpre, maladie contagieuse impose l'isolement de ceux qui en sont atteints, mais si les mesures d'isolement sont facilement appliquées à Honolulu, aux iles Havai, les conditions sociales et humanitaires chez nous en Europe sont tellement différentes que nous devons forcement viser les moyens prophylactiques et les intérêts de la santé publique en harmonie avec les instruments de l'humanité.

C'est pour la gloire la plus pure de notre époque (E. Besnier et A. Deyer).

2. L'état commain conduit par ces sentiments d'humanité, a fondé une léprosérie en Moldavie et une deuxième est projetée dans l'ancienne Valachie.

On a prévu dans les hôpitaux départementaux et d'arrondissement appropiés pour l'isolement des lépreux des localités avoisinantes.

Par ce moyen on procure un isolement parfait dans les léproseries à proprement parles à tous les lépreux qui veulent accepter, seuvent forcés d'isolement dans ces établissements; dans autre côté on peut procurer, dans les hôpitaux un asile à tous les lépreux de leur contrée d'habitation par ce moyen on les isole sufisamnent, on ne les élorgne pas du milieu de leur affection, de leur lieu de naissance de leurs souvenirs, et l'on harmonise ainsi les sentiments et humanité avec les nécessités de la santé publique.

3. Dans chaque commune rurale on crée des chefs de service sanitaire, qui seront chargés de l'application des mesures préventives et prophylactiques et qui pourront tenir au courants, autant que possible les médecins sur l'état de chaque commune; c'est encore un moyen qui pourrait faciliter nos statistiques et contribuer ainsi à leur précision.

En résumé la Médicine qui est un art de conservation et préservation, pourra lutter à l'avenir, dans le pays roumain, pays très généreux qui accorde les soins sanitaires gratuits, non seulement à ses sujets aussi même aux étrangers, contre les maux héréditaires, tubériques et épidémiques; ces maladies de causes variées et causes délétéres multiples enfin toutes l'extension de la lèpre elle-même.

Grâce à son organisation sanitaire qui tente de jour en jour à se compléter, elle peut montrer au monde civilisé, combien tous les gouvernements qui de tout posside un pouvoir et un sentiment impérieux de venir au secours des souffrants, des malheureux, avec toute la générosité d'une grande âme modérée toutefois dans les aspirations our des destributions budgetaires dont les ressources heureusement s'agrandissent, surtout pour le service sanitaire.

Herr **Blaschko** (Berlin):

Nachdem die verschiedenen Maassnahmen, die ich auf Grund meiner Durchreisung des Kreises Memel empfohlen hatte, von der preussischen Regierung adoptirt worden sind, hat der Vertreter der preussischen Regierung nun auch mitgetheilt, dass die letzte Forderung, welche als unnöthig bestritten wurde, die Durchsuchung des Kreises, erfüllt werden wird, und ich glaube, dass damit ein wesentlicher Fortschritt in der Bekämpfung der Lepra gewonnen wird.

Nur zwei Dinge haben mir in seinen Ausführungen nicht gefallen wollen. Ich selbst habe ihn vor einigen Tagen auf die falsche Lesart des Regulativs aufmerksam gemacht, habe aber nicht geahnt, dass das zur Folge haben wird, dass nun die Regierung die Bekämpfung der Lepra allein durch die Polizeibehörden vornehmen wird. Ich glaube in der That, dass das norwegische System der Freiheit ein besseres ist, insofern als wenn man von den Leuten zu Hause eine grosse Reihe von Maassnahmen erfordert und ihnen auf der anderen Seite das Leben in dem Leprosorium so angenehm als möglich macht, man dadurch einen grossen Theil der Patienten auch freiwillig hineinbringt. Die andere Sache ist, dass man die Angehörigen der Leprösen auf die Privatwohlthätigkeit von Vereinen hinweisen will. Der Vergleich mit

den Tuberculösen und anderen Krankheiten ist hier gar nicht zutreffend. Da scheint mir ein logischer Fehler vorzuliegen. Wenn wir polizeilich die Tuberculösen von staatswegen einsperren wollten, müssten wir auch für die Angehörigen sorgen. Gerade bei den Leprösen tritt das ein, während das bei den Tuberculösen und allen anderen Krankheiten nicht der Fall ist, und in demselben Augenblick, wo die Regierung zwangsweise den Vater der Familie einsperrt, hat sie sofort in demselben Moment die Verpflichtung übernommen, für die Angehörigen zu sorgen. Ich habe deswegen geglaubt, dass es doch besser ist, sich nicht auf ein im Grunde genommen in vielen Punkten veraltetes Regulativ zu stützen, sondern habe in dem Bericht, der Ihnen ja allen vorliegt, im Anschluss an den vorzüglichen Entwurf eines Reichsseuchengesetzes einige Vorschläge für ein Lepragesetz für Deutschland entwickelt. Ich glaube, dass dort der Regierung und auch den Polizeibehörden ein weit grösserer Spielraum gegeben werden wird, und wenn wir überhaupt Resolutionen annehmen, müssen wir aussprechen, dass die Isolirung in Leproserien nicht der einzige Weg der Bekämpfung ist, sondern, wie Herr Besnier gesagt hat, nur für die Fälle gilt, wo die Lepra in Herden, en foyers, auftritt; dass überall da, wo sie sporadisch in Städten auftritt, die sachgemässe Behandlung und eventuell die Hospitalisirung zur Bekämpfung der Lepra ausreichen. Dann werden wir gerade das betheiligte Publicum nicht kopfscheu machen, während, wenn es den Arzt stets mit Polizeimaassregeln und mit energischen Maassnahmen herauskommen sieht, damit von vornherein unsere sämmtlichen Vorschläge über den Haufen geworfen werden.

Herr **Raynaud** (Alger):

La lèpre chez les indigènes Muselmans et Israelits d'algerie est extrèmement rare; les cas en sont isolés sur un immense territoire et ne présentent par actuellement de danger sérieux. Des mesures prophylactiques suffiront pour èviter l'extensions de l'affection.

Mais depuis 30 ans, une immigration d'origine européenne s'est produite. Bien qu' à Alger nous compters 40 lépreux, dont une trentaine venant d'Espagne.

Nous demandons à la conférence le vouloir bien appuyer le voeu suivant:

1. Les immigrants provenant des pays contaminés, que débarguent en Algérie pour s'y établis, seront astreints à l'inscription et resteront soumis à la surveillance de service sanitaire, surveillance effective.
2. Aux qui résident déjà dans la colonie et que proviennent de régions suspects, resteront soumis à la surveillance sanitaire et tenus de se présenter quand le consul le santé le jugera nécessaire.
3. S'ils sont atteints de lésions ouverts pouvant être transmises, ils revroat les sous nécessairs à l'hôpital, ou ils seront maintenus s'il y a lien. — En cas de refus en leur part, ils seront invités à se rapatrier, on ils seront conduits hors du territoire.

Zum Schluss der Sitzung wird über den Antrag des Herrn Hansen und zugleich über den Antrag des Herrn Westerberg und über die von Herrn Ashmead beantragte Resolution verhandelt.

Der Antrag Westerberg lautet:

In Bezug auf die Gründung von Lepra-Gesellschaften erlaube ich mir, abgesehen von den Gesellschaften als solchen, folgende Anträge zur Discussion zu stellen:

I. mögen in jeder grösseren Hafenstadt Europas sich mindestens zwei Aerzte der betreffenden obersten Medizinalbehörde namhaft machen, welche sich verpflichten, für sporadisch vorkommende Lepra-Fälle, soweit nöthig und möglich, ärztlich zu sorgen; dafür sollen sie aber auch bei derselben Behörde durchzusetzen suchen, dass wenigstens einem von ihnen

II. jeder einem Arzte zur Kenntniss gelangende Fall umgehend angezeigt werde. Sie protokolliren dann über denselben im Einverständniss mit dem anzeigenden Arzt ohne ihm — falls er dies nicht freiwillig thut — deswegen den Fall vollständig abzunehmen.

III. Es soll eine Centrale der zu gründenden Lepra-Gesellschaften ernannt werden und

IV. soll derselben von Jahr zu Jahr das betreffende Protokoll der zwei „Lepra-Aerzte“ eingesandt werden zur Sammlung und Veröffentlichung.

Die Resolution Ashmead lautet:

Resolved, That it is the opinion of the delegates of government, and the leprologists here assembled, that all governments shall be invited to appoint official delegates, (one from each country), to form a permanent committee for the suppression and prevention of leprosy, to meet first, in Berlin, in October, 1898; these delegates to be salaried by their respective governments, and to have full charge of all matters pertaining to leprosy in their own countries.

Resolved, That the German government be requested to send this invitation, trough its State Department, to all governments concerned.

Ferner wird folgender Antrag von Herrn Pindikowski (Memel) vorgelegt:

Es ist wünschenswerth, dass amtlich als leprös festgestellten Personen in der Regel zu Reisen in das Ausland die Legitimationspapiere verweigert werden.

Nach längerer Erörterung wird die Abstimmung auf die nächste Sitzung vertagt.

Sechste Sitzung.

Sonnabend, den 16. Oktober, Vormittags 11 Uhr.

Vorsitzender: Herr Virchow.

Herr **von Bergmann** (Riga):

Am Schluss der Verhandlungen der internationalen Lepra-Conferenz beehrt sich das Secretariat in kurzen Sätzen Dasjenige zusammenzufassen, was als Ergebniss der Verhandlungen erscheint. Das Secretariat glaubt ein derartiges Resumé wird namentlich denjenigen Herren erwünscht sein, welche als Delegirte den sie delegirenden Körperschaften Bericht zu erstatten haben über das Resultat der Arbeiten dieser Conferenz. Naturgemäss hat einen grossen Theil der Verhandlungen die Diskussion über den Krankheitserreger der Lepra in Anspruch genommen. Als Krankheitserreger der Lepra wird nach dem gegenwärtigen Stand der Forschung der Bacillus leprae von der Conferenz angesehen, der der wissenschaftlichen Welt durch die Entdeckung Hansen's und die Arbeiten Neisser's seit bald 25 Jahren bekannt ist.

Zwar sind die Bedingungen, unter denen dieser Bacillus gedeiht und sich weiter entwickelt, noch unbekannt, ebenso die Art und Weise seines Eindringens in den menschlichen Körper, jedoch deuten die Verhandlungen der Conferenz darauf hin, dass sich eine Einigung anbahnt über die Wege, auf denen er im menschlichen Körper sich verbreitet. Einheitlich ist die Auffassung darüber, dass nur der Mensch der Träger dieses pathogenen Bacillus ist.

Ueber die Massenhaftigkeit der Ausscheidung des Bacillus aus dem kranken Organismus von Seiten der Haut, sowie der Nasen- und Mundschleimhaut sind interessante Beobachtungen mitgetheilt worden, deren Nachprüfung an einem grossen Beobachtungsmaterial dringend wünschenswerth erscheint.

Diesen Fragen von ausschliesslich medicinisch-wissenschaftlicher Bedeutung steht die Thatsache gegenüber, welche praktisch einschneidende Bedeutung hat für Alle, denen die Sorge für das Volkswohl anvertraut ist: Die Thatsache der Anerkennung der Lepra als einer contagiösen Krankheit.

Jeder Leprose bildet eine Gefahr für seine Umgebung; diese Gefahr wächst, je inniger und länger andauernd die Beziehungen des Kranken zu seiner gesunden Umgebung sind und je schlechter die sanitären Verhältnisse, unter denen sie sich abspielen. Mithin bedeutet ganz besonders unter der ärmsten Bevölkerungsschicht jeder Leprose eine stete Gefahr der Uebertragung für seine Familie und seine Arbeitsgenossenschaft. — Jedoch kann nicht in Abrede gestellt werden, dass die Fälle von Uebertragung auf Menschen in besser situirter Lebenslage nicht mehr vereinzelt beobachtet werden. Zu Gunsten der contagionistischen Auffassung der Lepra hat die Anschauung, dass die Lepra durch Vererbung sich verbreite, immer mehr Anhänger verloren.

Die Behandlung der Lepra erzielt bisher nur palliative Erfolge.

Auch die Serumbehandlung hat in der Beziehung bisher keinen Wandel gebracht.

Angesichts der Unheilbarkeit der Lepra, angesichts der schweren persönlichen und öffentlichen Schäden, welche sie hervorruft und im Hinblick auf den Erfolg der gesetzlich gehandhabten Isolation in Norwegen hat die Lepra-Conferenz in logischer Schlussforderung ihrer contagionistischen Auffassung der Lepra folgenden Antrag von Hansen, amendirt von Besnier, als Schlussresolutionihrer Berathungen angenommen:

1. In allen Ländern, in denen die Lepra heerdweise oder in grösserer Verbreitung auftritt, ist die Isolation das beste Mittel, um die Verbreitung der Seuche zu verhindern.
2. Das System der obligatorischen Anmeldung, der Ueberwachung und der Isolation, wie es in Norwegen durchgeführt ist, ist allen Nationen mit autonomen Gemeinden und hinlänglicher Zahl der Aerzte zu empfehlen.
3. Es muss den gesetzlichen Behörden überlassen werden, nach Anhörung der sanitären Autoritäten die näheren Vorschriften, die den speciellen socialen Verhältnissen angepasst werden müssen, festzustellen.

Die Sekretäre:

Phin. S. Abraham, London. Ed. Arning, Hamburg.
A. v. Bergmann, Riga. E. Dubois-Havenith, Brüssel.
J. J. Kinyoun, Washington. G. Thibierge, Paris.
E. Ehlers, Kopenhagen, Generalsekretär.

Herr **Abraham** (London) giebt denselben Text in englischer, Herr **Dubois-Havenith** (Brüssel) in französischer Sprache wieder.

At the close of the debates of the International Leprosy Conference, Berlin 1897, the Secretaries have the honour to present the following short report of the general conclusions of the Conference.

They believe that such a resumé will be especially desirable for those members who have been delegated by their respective Governments, and who have to make reports on the results of the Conference.

As might be expected, a considerable portion of the discussion has related to the bacillus Leprae, which the Conference accepts as the Virus of Leprosy, and which for upwards of 25 years has been known to the scientific world through the important discovery of Hansen and the able investigations of Neisser.

The conditions under which the bacillus grows and develops are still unknown, as well as the way of its invasion into the human system; but from the discussions of the Conference, it seems probable that an unaminity of opinion will soon prevail in reference to its modes of subsequent dissemination within the human body.

Very interesting observations have been brought forward in connection with the elimination of the bacilli in large quantities by means of the skin and the nasal and buccal mucous membranes of lepers; it is desired that such observations be confirmed where opportunities occur.

The question is of very great importance to those who are entrusted with the care of the public Health, as leprosy is now acknowledged to be a contagious disease.

Every leper is a danger to his surroundings, the danger varying with the nature and extent of his relations therewith, and also with the sanitary conditions under which he lives.

Although among the lower classes, every leper is especially dangerous to his family and fellow workers, cases of leprosy frequently appear in the higher social circles.

The theory of heredity of Leprosy is now further shown to have lost ground, in comparison with the at present generally accepted theory of its contagiousness.

The treatment of Leprosy has only had palliative results up to the present time.

Serum therapy has so far been unsuccessful.

In view of the virtual incurability of Leprosy and the serious and detrimental effects which its existence in a community causes, and considering the good results which have followed the adoption of legal measures of isolation in Norway, the Leprosy Conference, as a logical issue of the theory that the disease is contagious, has adopted the following resolution proposed by Dr. Hansen and amended by Dr. Besnier.

1. In such countries, where leprosy forms foci or has a great extension, we have in isolation the best means of preventing the spread of the disease.
2. The system of obligatory notification, of observation and isolation as carried out in Norway, is recommended to all nations with local self-government and a sufficient number of physicians.
3. It should be left to the legal authorities after consultation with the medical authorities to take such measures as are applicable to the special social conditions of the districts.

Secretaries of the Conference:

Phin. S. Abraham, London. Ed. Arning, Hamburg.
A. von Bergmann, Riga. E. Dubois-Havenith, Bruxelles.
J. J. Kinyoun, Washington. G. Thibierge, Paris.
Edv. Ehlers, Copenhagen, General Secretary.

Herr **Dubois-Havenith** (Brüssel):

Au moment où prennent fin les travaux de la Conférence de la lèpre, les secrétaires ont l'honneur de donner un résumé succinct des résultats des délibérations. Ils estiment que ce résumé sera surtout utile aux délégués officiels.

Tout naturellement la discussion a porté principalement sur l'agent pathogène de la lèpre. Cet agent est le Bacillus Leprae qu'ont fait connaître au monde entier, depuis près de 25 ans, la découverte de Hansen et les travaux de Neisser.

On n'est pas fixé jusqu'à présent sur le mode de développement du bacille, pas plus que sur son mode de pénétration dans l'organisme

humain; mais les travaux de la Conférence donnent déjà des indications sur les modes de propagation du bacille dans ce même organisme.

Tous les membres de la Conférence sont d'accord sur ce fait, que l'homme seul est porteur du bacille.

D'intéressantes observations ont été communiquées sur la grande quantité de bacilles éliminés par la peau et les muqueuses nasales et buccales. Il serait à désirer que de nouvelles recherches soient faites dans cette direction, dans les pays où l'on rencontre beaucoup de cas de lèpre.

En dehors de ces questions purement scientifiques, les sécrétaires relèvent ce fait d'importance pratique, que la lèpre doit être regardée comme une maladie contagieuse. Tout lépreux constitue un danger pour son entourage, danger qui augmente avec la durée et l'intimité de ses rapports avec ce même entourage, sans préjudice des mauvaises conditions hygiéniques dans lesquelles il vit. Il en résulte que c'est principalement dans la population pauvre et misérable que le lépreux constitue un danger permanent pour sa famille et ses compagnons de travail. Toutefois on ne saurait nier que des cas de transmission à des personnes vivant dans les meilleures conditions d'hygiène s'observent de plus en plus fréquemment.

La théorie de la transmission héréditaire de la lèpre perd chaque jour du terrain en faveur de la théorie contagioniste.

Quant à la thérapeutique de la lèpre, elle n'a donné jusqu'à ce jour que des résultats palliatifs; la sérothérapie elle même n'a pas changé cet état des choses.

En raison de l'incurabilité de la lèpre, des dommages individuels et sociaux causés par elle, ainsi que des résultats obtenus en Norvège grâce aux mesures légales d'isolement, la Conférence, se basant sur le principe de la contagiosité de la Lèpre, a adopté comme conclusions définitives, les propositions suivantes de Hansen amendées par Besnier:

1. Dans tous les pays où la lèpre forme des foyers ou prend une grande extension, l'isolement est le meilleur moyen d'empêcher la propagation de la maladie.
2. La déclaration obligatoire, la surveillance et l'isolement, tels qu'on les pratique en Norvège, doivent être recommandés à toutes les nations, dont les municipalités sont autonomes et possèdent un nombre suffisant de médecins.
3. Il faut laisser aux autorités administratives le soin de fixer, sur l'avis des conseils sanitaires, les mesures de détail en rapport avec les conditions sociales de chaque pays.

Les sécrétaires de la Conférence:

Phin. S. Abraham, Londres. Ed. Arning, Hambourg.
A. von Bergmann, Riga. E. Dubois-Havenith, Bruxelles.
J. J. Kinyoun, Washington. G. Thibierge, Paris.
Ed. Ehlers, Copenhague, secrétaire général.

Herr **Kinyoun** (Washington):

Gentlemen, In regard to the report which has just been presented by the secretaries, I may say that it meets with our hearty

endorsement. The treatment of leprosy in the United States of America will come under all the propositions that have been brought out in in this report. I feel sure that the adoption of such a regulation in our country will not only stop the further spread of leprosy but will lead to its abolition.

Die Resolution Ashmead wird einstimmig abgelehnt, die Resolution Hansen einstimmig angenommen. Sie ist in folgendem Wortlaut festgestellt.

Proposition A. Hansen.

1. Dans tous les pays, où la lèpre forme des foyers ou prend une grande extension l'isolement est le meilleur moyen d'empècher la propagation de la maladie.
2. La déclaration obligatoire, la surveillance et l'isolement, tels qu'on les pratique en Norvège, doivent être recommandées à toutes les nations, dont les municipalités sont autonomes et possèdent un nombre suffisant de médecins.
3. Il faut laisser aux autorités administratives le soin de fixer sur l'avis des conseils sanitaires les mesures de détail en rapport avec les conditions sociales de chaque pays.

Proposition A. Hansen.

1. In such countries, where leprosy forms foci or has a great extension, we have in isolation the best means of preventing the spread of the disease.
2. The system of obligatory notification of observation and isolation as carried out in Norway is recommended to all nations with local self-government and a sufficient number of physicians.
3. It should be left to the legal authorities after consultation with the medical authorities to take the special measures applicable to the special social conditions of the districts.

Antrag A. Hansen.

1. In allen Ländern, in denen die Lepra heerdweise oder in grösserer Verbreitung auftritt, ist die Isolation das beste Mittel, um die Verbreitung der Seuche zu verhindern.
2. Das System der obligatorischen Anmeldung, der Ueberwachung und der Isolation, wie es in Norwegen durchgeführt ist, ist allen Nationen mit autonomen Gemeinden und hinlänglicher Zahl von Aerzten zu empfehlen.
3. Es muss den gesetzlichen Behörden überlassen werden, nach Anhörung der sanitären Autoritäten die näheren Vorschriften, die den speciellen socialen Verhältnissen angepasst werden müssen, festzustellen.

Herr **Arning** (Hamburg):

Sie haben gestern von Herrn Alvarez gehört, dass die Isolation in Hawaii absolut fruchtlos gewesen ist. Ich möchte nicht, dass das als der Bericht der Hawaiischen Regierung in die Welt geht. Herr Alvarez ist zu einer Zeit nach Hawai gekommen, wo thatsächlich

isolirt ist. Aber es waren auch Zeiten vorher da, und als ich da war, war keine Isolation. Sie stand auf dem Papier, wurde nicht befolgt und da hat die Lepra ganz ausserordentliche Fortschritte gemacht. Ausserdem glaube ich nicht, dass man bei einer so acuten Epidemie, einer Epidemie, die viel mehr unter das Bild einer Pest oder Cholera fällt, als im Verhältniss zu der alten chronischen Lepra-Epidemie steht, man erwarten kann, dass man sofort den guten Erfolg einer Isolation sieht. Wenn gar nicht isolirt worden wäre, würde meiner Meinung nach überhaupt jetzt niemand mehr auf den Sandwichsinseln sein. So liegt die Sache.

Herr **Alvarez** (Honolulu):

May I answer to this remark of Mr. Arning that he misunderstood my words of yesterday. What I meant to say is that the law of Hawaii failed to stamp out the disease of leprosy, but that it was necessary to keep it in check.

Herr **Abraham** (London):

Accepting as we do that the cause of leprosy in Hansen's bacillus, that leprosy must therefore be regarded as an infective disease, and that the human tissues — so far as we know at present — are the only soil in which these bacilli can develope, — it seems only logical that the isolation of diseased persons in the proper scientific method to prevent the dissemination of leprosy. But from other practical considerations, its appears to me that attempts at the absolute isolation of lepers must be in many places quite futile. Where the lepers are few and public opinion unanimous as to the necessity for their exclusion, such measures might be possible, but where the cases are numerous and not desirous of being separated from them, harsh measures of isolation and segregation become impossible — their chief result being the concealment of cases. This has been well exemplified in the case of South Africa — where the recent „leprosy commission" came to the conclusion that the attempts to sand all cases to Robben Island, only led to many lepers being bidden throughout the country; the same thing also — as we have heard from Dr. Alvarez — has occurred in Hawaii.

There are still many medical authorities of eminence who strongly disapprove of stringent legislation; and until medical opinion is unanimous and our knowledge of the pathology and etiology more complete, it will be futile to exspect all governments to adopt strong measures. The question of legislation, indeed, must be left to the individual governments. This is especially so for the British Empire — where the social and political conditions in her different colonies and dependencies vary so very much. It may be remarked that if we have had serious difficulty, recently in India, in inducing the people to adopt simple sanitary precautions against such an acute and fatal malady as the plague, how much more difficult would it not be to insist on harsh measures in the case of leprosy! It must be remembered also that the contagiousness of leprosy is not always very great. The experience of England herself on this point is not worthy. Within

the last 10 years, we have had among as there, at least 56 known cases, but there is no reason to suppose that this number is larger than at any period within recent years. All these cases, with one exception, have acquired their disease by residence in leprous countries, and with the same exception (Dr. Hawtrey Benson's case) which occurred 25 years ago the disease has never spread to other persons!

It must not be supposed that the various governments which constitute the British Empire have done nothing in this matter. For many years, indeed, it has been under their must careful consideration; and in the appendix of the paper on „Leprosy in the British Empire“, which I have had the honour to present to this conference, I am printing no less than 16 Legislative Acts which have been enacted in India and the colonies.

With these few remarks, I have pleasure in supporting the propositions of Dr. Hansen; especially as the isolation which be propose is really only partial; allude to a and, in conclusion, I must again the great debt which the whole scientific world owes to the organizers of this lepra-conference, and to the enlightened german government under whose encouragement it has been held. The transactions which will be published will constitute a mine of information on the subject, and will always be a „landmark“ in the literature of leprosy!

Vorsitzender Herr **Rudolf Virchow** (Berlin):

Meine Herren, es bleibt uns nur noch eines übrig, nämlich den Gefühlen des Dankes, die schon Herr Abraham eben nicht hat unterdrücken können, ebenfalls Ausdruck zu geben und denjenigen unsere Erkenntlichkeit auszusprechen, welche diesen Congress nicht bloss ermöglicht haben, sondern welche so viel dazu beigetragen haben, ihm diese, wie wir hoffen, grosse Bedeutung zu geben, die er durch die Theilnahme sowohl der Regierungen, als der einzelnen Personen gewonnen hat. Dass hier zum ersten Mal eine beschränkte Frage der öffentlichen Gesundheitspflege und der Medicin überhaupt Gegenstand einer solchen Verhandlung werden konnte, das verdanken wir ja dem erfreulichen Umstande, dass allmälig auch die Medicin und vorzugsweise die Hygiene ein Gegenstand der öffentlichen und gouvernementalen Aufmerksamkeit wird, und dass in dem Maasse nun auch die Bevölkerungen daran gewöhnt werden, ihre eigenen Zustände nach den Regeln der Wissenschaft zu ändern. Das soll ja nun in höherem Maasse geschehen, als es früher der Fall war. Aber es möge dieser Vorgang, der bei der Lepra eingetreten ist, auch zugleich vorbildend werden, — das ist mein Wunsch wenigstens — für die Behandlung aller der anderen Dinge, welche die öffentliche Gesundheitspflege betreffen. Wir haben die besondere Ehre gehabt, dass der deutsche Reichskanzler persönlich zu uns gekommen ist, um uns seinen Dank auszusprechen und der Bewunderung Ausdruck zu geben, die ihm unsere Thätigkeit und namentlich auch unsere Ausstellung abgerungen hat, und Sie sind gewiss erfreut, dass der höchste Beamte, den Deutschland im Augenblick stellen kann, es für wichtig genug erachtet hat, in unseren Sitzungssaal zu kommen. Von den anderen Herren darf ich

wohl nur erwähnen, dass der Herr Staatssekretär des Inneren im Reich und die Preussischen Minister des Kultus und des Inneren hier erschienen sind, um ihre Theilnahme zu beweisen und ich bin besonders noch von den letzteren beauftragt, Ihnen zu sagen, dass sie bedauern, Sie nicht noch einmal sehen zu können, weil sie durch dringende Geschäfte, die sich jetzt kurz vor Beginn der parlamentarischen Periode häufen, abgehalten sind. Vor allen Dingen sind wir den Personen dankbar, welche in diesem Hause das Regiment führen und welche uns die vielen Annehmlichkeiten bereitet haben, die eine so wohleingerichtete Anstalt darbietet. Herr Geheimrath Köhler, der persönlich jetzt auch unter uns weilt, möge versichert sein, dass wir alle uns mit Freuden an das grosse Entgegenkommen erinnern werden, das er der Conferenz entgegengebracht hat, welches durch seine stete persönliche Theilnahme erhöht worden ist und welches alle seine Beamten nacher in der freundlichsten Weise fortgesetzt haben. (Lebhafter Beifall.)

Es wird mir etwas schwer, alles im Einzelnen hervorzuheben. Ich habe aber die Pflicht, noch Herrn Dr. Kübler zu danken, der die besondere Afgabe gehabt hat, alle die Geschäfte, die mit der Ausstellung verbunden sind, und die Correspondenz zu erledigen, und der in der vortrefflichsten Weise das Alles ausgeführt hat. (Erneuter lebhafter Beifall.)

Wir haben dann aber nicht zuletzt — zuletzt in der Rede, aber nicht zuletzt in der Schätzung — unser eigenes Comité zu erwähnen. Sie werden gesehen haben: dieses Comité, das sich ja allerdings in einem gewissen Sinne personificirt dargestellt hat in Herrn Lassar, hat eine solche Thätigkeit und eine solche Umsicht entwickelt, dass wohl wenige Gelegenheiten geboten sein dürften, wo menschliche Verbindungen Grösseres leisten. Ich, der ich in der Herstellung solcher Vorbereitungen Erfahrung habe, will ihm noch persönlich meinen besonderen Dank sagen. (Stürmischer Beifall.) Ich möchte zugleich die Hoffnung aussprechen, dass den künftigen Congressen solche Comités nicht fehlen möchten, und dass mit gleicher Geschicklichkeit und gleicher Begabung sich da Personen finden mögen, die uns wieder so empfangen und alles so vorbereiten.

Ich habe dann nur noch hervorzuheben, dass wir die Akten, welche uns bleiben, zusammenstellen werden, und hoffentlich wird der Herr Director des Reichsgesundheitsamtes die Güte haben, einigen Platz in den Aktenschränken dieser Anstalt zu finden, wo das aufbewahrt werden kann. Wir werden darin so viel wie möglich eine Grundlage für eine künftige Registratur der Conferenz bieten.

Gegenwärtig haben wir dann nur noch die Bitte, dass Sie alles, was Sie etwa, noch selbst an Aktenstücken hier haben, alles, was Sie an Ausstellungsobjekten hier noch haben, möglichst bald wieder aus dem Hause entnehmen möchten, damit wir den Herren die Räume, die ja wieder gebraucht werden, in voller Ordnung zurückgeben können.

Herr **Kirchner** (Berlin):

Meine Herren! Seine Excellenz, der Herr Minister der geistlichen, Unterrichts- und Medicinal-Angelegenheiten ist zu seinem sehr lebhaften

Bedauern heute Vormittag dienstlich in Potsdam beschäftigt. Er würde es sich sonst nicht versagt haben, wie er mir persönlich erklärt hat, in dieser feierlichen Schlussitzung zu erscheinen, um Ihnen persönlich zu sagen, mit welchem Interesse er und die gesammte Staatsregierung Ihren ausserordentlich werthvollen Verhandlungen gefolgt ist, um Ihnen nochmals zu versichern, dass die Preussische Staatsregierung nichts unterlassen wird, das Werthvolle, was sich hier herausgestellt hat, im eigenen Lande zu nützen, und um Ihnen ferner seinen besten Dank zu sagen dafür, dass Sie ihn an ihren Verhandlungen haben theilnehmen lassen. Er beauftragt mich, Ihnen dies zu übermitteln und Ihnen zu sagen, dass er auf das Lebhafteste hoffe, dass alles das Gute, was hier beabsichtigt wird, sich mit der Zeit in Thaten umsetzen lassen kann, und dass unser Preussisches Vaterland den Nutzen davon haben möge. (Beifall.)

Herr **Köhler** (Berlin):

Hochgeehrte Herren! Als am Montag der Kongress zu seiner ersten Sitzung zusammentrat, sahen wir Alle erwartungsvoll der Woche entgegen, hoffnungsvoll, aber zum Theil auch bangend: wird alles das in Erfüllung gehen, was wir erhoffen? Jetzt, da wir am Schlusse der Sitzungen stehen, können wir -- ich rechne mich zu Ihnen, meine Herren — stolz sagen: der Kongress hat alles erfüllt, was an Hoffnungen und Erwartungen auf ihn gesetzt worden ist. Nach der formellen Seite hat es sich zunächst bewährt, dass für eine specielle Frage aus dem Gebiete der Medicin ein beschränkter Kreis internationaler Männer zusammengetreten ist, um diese Frage in der Gründlichkeit und Einschränkung zu behandeln, wie es zur Erreichung eines gedeihlichen Zieles nothwendig ist. Es hat sich weiter bewährt, dass nicht durch lange, im Druck bereits erschienene Vorträge die Aufmerksamkeit der Anwesenden ermüdet worden ist, sondern dass durch das lebendige Wort der Diskussion stets neue Gedanken hineingeworfen sind und ein Jeder genöthigt war, anwesend zu sein und den Diskussionen zu folgen, um eventuell seine abweichenden Ansichten zur Geltung zu bringen.

Aber weit erheblicher sind die Erfolge nach der sachlichen Seite hin. Ich möchte die Ergebnisse in drei Thatsachen zusammenfassen. Es ist zunächst als weitüberwiegende Ansicht der maassgebenden Fachmänner hier festgestellt, dass der Bacillus Hansen die Ursache der Lepra ist. Es ist weiter die eigentlich unmittelbar daraus folgende Thatsache hier festgestellt, dass die Ansteckung, die Contagion, die gefährlichtse Art der Verbreitung ist, und, was für Staatsregierungen das wichtigtse ist, die Schlussfolgerung für die Bekämpfung, dass in der Isolirung das wirksamste Mittel der Bekämpfung, der Prophylaxe, gefunden wird, sei es nun, dass diese Isolirung in dem Sinne des gestrigen lichtvollen Vortrages von Herrn Prof. Hansen aus Bergen aufgefasst wird, dass die Personen, die erkranken, isolirt werden in solchen Gegenden, wo die Contagiosität bereits zum Ausdruck gelangt ist und wo die übrigen Verhältnisse eine andere Behandlung nicht zulassen, sei es, dass sie aufgefasst wird in dem fein dargelegten Sinne des Herrn Besnier aus

Paris, der sie als eine Isolirung des Bacillus ansehen will, da, wo die allgemeinen hygienischen Verhältnisse so weit vorgeschritten sind und die Mittel zur Verfügung stehen, um die hierzu nöthigen Maassregeln ergreifen zu können und daneben dem unglücklichen Kranken die möglichte Bewegungsfreiheit für seine Person zu lassen.

Nun, wir werden alles, was hier erörtert worden ist und was Sie am Schluss zusammengestellt haben, auf das eifrigste erwägen, gründlich durchgehen und sehen: wo haben wir etwa zu ändern und wo haben wir etwa zu ergänzen. Jedenfalls ist es mir ein Herzensbedürfniss, Ihnen namens der Reichsregierung zu danken dafür, dass Sie hier zusammengekommen sind und hier den ersten internationalen Lepra-Congress in Deutschland und speciell auch in diesen Räumen abgehalten haben. Es war für das Gesundheitsamt eine ganz besondere Ehre, durch eine solche illustre Versammlung diese schönen Räume inaugurirt zu sehen. Wir haben ein schönes Dichterwort:

„Was vergangen, kehrt nicht wieder,
Geht es aber leuchtend nieder,
Leuchtet's lange noch zurück."

Auch der erste Congress der internationalen Lepraforschung wird nicht wiederkehren, aber leuchtend geht er nieder, und lange wird sein Glanz in unserer Erinnerung zurückbleiben, als eine freundliche Erinnerung, als ein Keim für Anregungen, die, wie wir hoffen, der gesammten Menschheit zugute kommen werden. Aber wie auch die Sonne, nachdem die Erde ihre Umdrehung beendet hat, wieder zum Vorschein kommt und mit neuem Licht uns beglückt, so wird es auch in der internationalen Lepra-Conferenz gehen. Auch sie wird wiederkehren, und wenn ich schliessen muss mit einem herzlichen Lebewohl, so darf ich doch gleich anfügen das erwartungsvolle: Auf Wiedersehen im zweiten internationalen Lepra-Congress! (Lebhafter, langanhaltender Beifall.)

Herr **Armauer Hansen** (Bergen):

M. H.! Ich erlaube mir, unserem Herrn Vorsitzenden den Dank darzubringen. Wir konnten ja keinen besseren Vorsitzenden haben, als den jetzt ältesten lebenden Lepraforscher, der, wie in so vielen anderen Richtungen, auch hier neue Bahnen geschaffen hat. Ich bitte Sie, sich zu Ehren unseres Vorsitzenden zu erheben. (Geschieht.)

Vorsitzender **Rudolf Virchow**:

Ich sage Ihnen meinen allerherzlichsten Dank. Seien Sie überzeugt, dass Niemand mehr als ich die Mängel empfinden kann, die meiner Präsidentschaft angehaftet haben. Indessen, Sie begreifen ja, dass es sehr schwer ist, ohne eine Geschäftsordnung die doch etwas auseinandergehenden Ansprüche der zum Theil etwas parlamentarisch ungeübten Redner in diejenige Bahn zu bringen, die nöthig ist, um endlich ein Resultat zu erzielen. Ich bin, wie ich mir bewusst bin, zuweilen etwas gewaltsam gewesen, und habe vielleicht auch hier und da etwas schärfer die Sache ausgedrückt, als es gerade nothwendig ge-

wesen wäre, indessen Sie wissen ja, jeder Mensch hat so seine Empfindungen, und sie sind nicht immer in jedem Augenblicke ganz und gar abzugleichen. Also, wer sich etwa noch verletzt fühlen sollte, den bitte ich nachträglich noch recht sehr, das zu entschuldigen. Im Uebrigen aber wollte ich Sie bitten, dass Sie sich in Zukunft doch darauf einrichten, sich einem schärferen reglementarischen Verfahren zu unterwerfen, als es im Augenblicke der Fall ist.

Ich schliesse damit die Versammlung.

Herr **Lassar** (Berlin):

M. H.! Die Versammlung ist geschlossen und wir sind aus einer wissenschaftlichen Vereinigung eine Gesellschaft befreundeter Männer geworden. In diesem Sinne möchte ich kurz einige Worte sagen dürfen, zunächst um unserem lieben Freunde Herrn Ehlers zu danken, der in so stolzer Bescheidenheit sich im Hintergrunde gehalten hat, dass nur die Eingeweihten wussten, was wir ihm schulden. Freundschaftliche Gesinnung wird ihn, wie wir denken, fort und fort an uns ketten. (Stürmischer Beifall.)

Dann möchte ich zu dem, was wir Alle dem Herrn Vorsitzenden danken, etwas hinzufügen dürfen. Er ist nicht allein unser Vorsitzender gewesen, sondern er hat unseren Empfindungen und Gedanken einen ganz besonderen Ausdruck verliehen. Wir verlassen dieses Haus mit einem Danke, der sich in Worten nicht ausdrücken lässt. Wir wollten die Sprache der Schrift vorwalten lassen und haben uns dahin geeinigt, dass eine von dem Herrn Vorsitzenden, seinen Vertretern und den Secretären unterschriebene Adresse zu Händen des Herrn Director Wirklichen Geheimen Ober-Regierungsrath Dr. Köhler übergeben werde. Sie ist so einfach, wie wir glauben, dass der Sinn des Herren dieses Hauses sie gern sehen möchte. Der Werth dieses bescheidenen Papiers aber besteht darin, dass kein Geringerer diese Worte verfasst hat, als unser Herr Vorsitzender. (Lebhafter Beifall.)

Dieselben lauten:

Berlin, 14. October 1897.

Euer Hochwohlgeboren

haben sowohl bei der Vorbereitung der internationalen Lepra-Conferenz, als bei der jetzt stattfindenden Verhandlung mit so viel Wohlwollen und so grosser Hingebung die von uns ins Auge gefassten Aufgaben aufgenommen und gefördert, dass wir Ihnen dafür nicht herzlich genug danken können. Seien Sie überzeugt, dass keiner der Theilnehmer an der Conferenz vergessen wird, wie weit das Kaiserliche Gesundheitsamt zu dem Gelingen unseres Unternehmens beigetragen hat. Möge

das Interesse an dem Geschick so vieler Unglücklicher, welches durch die Conferenz neu belebt und verbreitet worden ist, anhalten und dauernde Wirkungen hervorbringen!

Der Vorstand
der internationalen Lepra-Conferenz.

An
den Director des Kaiserlichen Gesundheitsamtes
Wirkl. Geh. Ober-Regierungs-Rath
Herrn Dr. Köhler.

Wir haben noch eine Empfindung, sie strömt aus unser aller Herzen, und ich schliesse mit dem Rufe: **Es lebe Se. Majestät der Kaiser!** (Die Anwesenden stimmen begeistert dreimal in den Ruf ein.)

(Schluss der Sitzung 1 Uhr.)

Anhang.

Herr **A. Neisser** (Breslau):

Dienstag, 12. October. Einleitung in die Discussion.

Meine Herren! Gestatten Sie mir, zu den gedruckt in Ihren Händen befindlichen Bemerkungen nur wenige Worte hinzuzufüen. Als ich dieselben unterschrieb, glaubte ich, dass sich über die Bedeutsamkeit des Bacillenbefundes bei tuberöser Lepra keine Discussion erheben würde. Ich sah es als selbstverständlich an, dass Bacillennachweis und tuberöse Lepra gleichsam untrennbare Begriffe seien. Nun findet sich aber pag. 182 folgende Bemerkung unseres verehrten Collegen Kaposi: „. . . ich habe zwei Fälle von Lepra tuberoso-maculoso-anaesthetica beobachtet, bei welchen die sorgfältigste bacteriologisch-histologische Untersuchung der Knoten und des Blutes Leprabacillen nicht nachzuweisen vermochte. „Daraus folgt", sagt Kaposi, „dass die Diagnose auch der Lepra tuberosa nicht absolut von dem Nachweise der Bacillen abhängig gemacht werden darf, sondern auf Grund des klinischen Befundes allein dargestellt werden muss, etc." Meine Herren, nach meiner Erfahrung, und wenn ich recht unterrichtet bin, nach der Erfahrung aller Lepraforscher, kann dieser Satz unmöglich aufrecht erhalten werden. Es muss ein Irrthum in der klinischen Diagnose oder in der bacteriologischen Untersuchung vorliegen, oder aber die ganze Basis, auf welcher sich unsere moderne Lepralehre aufbaut, ist falsch. Ich meine demgemäss, Herr College Kaposi muss uns eine ausführliche Darlegung des Sachverhaltes geben. —

Ganz anders freilich liegt die Bacillenfrage bei der anaesthetischen Form. Hier wissen wir, dass die Leprabacillen zwar sicherlich den ganzen Symptomencomplex verursachen, aber die Diagnose ist nicht an den Bacillennachweis geknüpft; denn wir haben gelernt, dass im Gegensatz zu den ungeheuren Bacillenmassen, die sich bei tuberöser Lepra überall in den kranken Heerden finden, hier nur spärlich Bacillen, oft auch garnicht aufgefunden werden können; aber welche Momente eben diesen Unterschied in der Bacillenquantität verursachen, wissen wir nicht.

Ich glaube übrigens auch nicht, dass die verschiedene Quantität der Bacillen allein die Verschiedenheit der beiden klinischen Formen

erklären könne, sondern es müssen Differenzen in der Lokalisation etc. mitspielen.

Die Entscheidung dieser Frage ist deshalb so ungeheuer schwer, weil die einzelnen Untersucher sich oft über die Auffassung ihres Untersuchungsmaterials von vornherein nicht verständigen können. Wir haben erst gestern von Herrn Collegen Weber einen Fall präsentirt bekommen unter der Diagnose: maculo-anaesthetische Lepra, welchen ich — wie ich glaube, in Uebereinstimmung mit den meisten aller hier Anwesenden — für einen tuberösen Fall halte. — Natürlich würden seine histologischen Befunde für „anaesthetische“ Lepra ganz anders sich gestalten, als unsere.

Auch College Darier hat gestern Präparate gezeigt, welche von ganz frischen maculösen Eruptionen herstammten und die er demgemäss als „maculöse“ Lepra mit massenhaften Bacillen demonstrirte. Aber auch diese maculösen Formen glaube ich nicht als maculae im Sinne der Hansen'schen Flecken der maculo-anaesthetischen Form auffassen zu dürfen, sondern als frische Eruption eines tuberösen Falles. Es folgt daraus, meine Herren, dass wir viel mehr als bisher uns über die klinischen Formen und ihre Benennung verständigen müssen, ehe wir uns in weitläufige Diskussionen über die Histologie, über Bacillenbefunde etc. einlassen können.

Die Darier'schen Befunde führen mich auf einen Punkt, den ich in meinen Thesen besonders betont habe, nämlich auf die Thatsache, dass sehr häufig schon die tiefen Schichten der Haut bei tuberösen Fällen erkrankt, von Bacillen invadirt und leprös infiltrirt sind, obgleich wir an der Oberfläche durch klinische Untersuchung, auch der Sensibilität, nichts abnormes nachweisen können. Auch Darier's erythematöse Eruptionen sind meiner Ansicht nach nur sichtbar gewordene Röthungen auf längst erkrankter, aber bisher latent gebliebener Leprahaut.

Einen weiteren Punkt, der vielleicht in der Discussion erörtert werden möchte, sehe ich in der von Dehio-Gerlach aufgeworfenen Frage, wo der Angriffspunkt der Bacillen auf die Nerven zu suchen sei. Es scheint mir unzweifelhaft, dass speciell bei den typisch „maculösen“ Formen die Nervenerkrankung dadurch zu Stande kommt, dass die äussersten Nervenendigungen primär zerstört werden und von da aus eine ascendirende Krankheit sich entwickelt. Doch werden weitere Untersuchungen abgewartet werden müssen, ehe man diesen Modus als den einzigen wird anerkennen müssen. Denkbar und naheliegend ist es doch, anzunehmen, dass an verschiedenen Stellen des peripheren Nervensystems die Bacillen sich festsetzen, locale Heerde daselbst bilden und allmählich descendirend und ascendirend Erkrankung und Zerstörung der Nervenfasern im Gefolge haben. Auch für diese Frage wird die histologische Untersuchung nur dann Klärung bringen, wenn im einzelnen Falle auf das Genaueste Stadium und Status berücksichtigt wird. Selbstverständlich werden die Befunde ganz verschieden sein, wenn der eine Autor einen beginnenden, ein anderer einen im Abheilen begriffenen, vielleicht seit Jahrzehnten erkrankten Fall anästhetischer Lepra seinen Untersuchungen zu Grunde legt.

Kurz, eine Fülle von Problemen harrt der Lösung!

Herr **A. Neisser** (Breslau):

Bemerkungen in der Discussion, Dienstag, 12. October.

Verzeihen Sie meine Herren, wenn ich Sie noch einmal mit ein paar Worten belästige, aber ich muss mich doch wehren gegen den herben Tadel, den mein verehrter College Hansen gegen mich ausgesprochen hat. Er rügte es, dass ich von „zufälligen“ Einflüssen, welche die Vermehrungsfähigkeit eingedrungener Bacillen in den befallenen Menschen etc. beeinflussen könnten, gesprochen habe. Ich habe ja aber selbst genau erklärt, was ich unter diesen „zufälligen,“ d. h. für die einzelnen Individuen wechselnden Umständen verstanden wissen wollte. Der betreffende Satz lautet: „Klima, Witterung, Lebensweise, Beschäftigung hätten, so wie Hansen annimmt, einen Einfluss auf die klinischen Formen der Lepra im einzelnen Falle und könnten erklären, weshalb in manchen Gegenden die tuberösen, in anderen die anästhetischen vorherrschen.

„Ich muss aber auch noch einmal zurückkommen auf die Frage, worin die tuberöse und die anästhetische Lepra sich unterscheiden. Ich kann nicht zugeben, dass beispielsweise die verschiedenen Hauterscheinungen bei beiden Formen nur quantitativ verschieden sind, etwa derart, dass sie allmälig ineinander übergehen könnten, sondern ich hälte die beiden Formen thatsächlich für ganz verschiedene Erkrankungen der Haut. Der Unterschied ist nicht nur ein quantitativer, sondern ein qualitativer und besteht nicht nur darin, dass bei den „Maculae“ der anästhetischen Form sehr wenig Bacillen und bei den Infiltraten der tuberösen Form massenhaft Bacillen vorhanden sind, sondern auch histologisch finden sich principielle Gegensätze. Bei den Maculae findet sich ein einfach entzündliches, an sich nicht specifisches Infiltrat von, sagen wir, Entzündungszellen (Lymphocyten oder Bindegewebszellen); welche ohne specifisch lepröse Erkrankung, ohne Bildung echter Leprazellen, ohne Vacuolisation etc. sich in spindelförmige Elemente umwandeln. Die letzte Ursache dieser entzündlichen Proliferation in diesen „Lepriden“ sind natürlich auch die Bacillen, aber sie bleiben innerhalb der kleinen Blutgefässe und wirken von hier aus chemotactisch, vielleicht durch Toxine, entzündungserregend, Infiltrationen bildend.

Bei der tuberösen Lepra sehen wir dagegen die Spalten des Bindegewebes vollgepfropft mit einer specifischen Neubildungsmasse, bestehend aus mit Bacillen vollgepfropften und durch diese Einlagerung veränderten Zellen und aus Bacillen, welchn theils einzeln, theils in Klumpen vereinigt das Lymphspaltensystem erfüllen.

Vielleicht besteht übrigens derselbe Gegensatz, den wir auf der Haut so deutlich als makulöse „Lepride“ und tuberöse Form „Leprome“ sehen, auch zwischen den Erkrankungsvorgängen in den Nerven bei anästhetischer Lepra einerseits, bei tuberöser Lepra andererseits. Bei letzterer finden wir auch in den Nerven ungeheure Leprom- und Bacillenmassen; aber sie sind viel weniger schädlich für die zwischen ihnen befindlichen Nervenfasern, jahrelang kann die Function der Nerven sich erhalten trotz unrichtiger Verdickung des Nervenstammes. Bei der anästhetischen Form dagegen sehen wir durch das entzündliche

narbenbildende Infiltrat hochgradige Zerstörungen der Nervenfasern und damit vollkommene Funktionsunfähigkeit sich entwickeln.

Sie werden mir sicherlich nicht zutrauen, dass ich damit an der einheitlichen Auffassung der beiden Lepraformen irgendwie rütteln will — habe ich doch selbst als Erster diese Behauptung aufgestellt — aber ich kann mich damit nicht beruhigen, wenn man die Arning-schen Lepride und die Leprome einfach als in der Quantität verschiedene Entwicklungsgrade hinstellt. Ich halte sie für qualitativ verschiedene Neubildungsformen der Lepra.

Herr **A. Neisser** (Breslau):

Discussion: Pathologische Anatomie und Histologie.
Mittwoch, 13. October.

Meine Herren, ich hatte mir eigentlich vorgenommen, in dieser, praktischen Zielen gewidmeten Conferenz, diese alte Streitfrage: extra- oder intracelluläre Lagerung der Bacillen? gar nicht zu berühren. College Unna hat aber in so beweglichen Worten dies Thema besprochen und uns zur Einkehr gemahnt, dass ich doch erklären muss, wie ich über diese Frage denke. Leider, lieber College Unna, stehe ich noch ganz auf demselben Standpunkt, wie früher. Die ganzen Jahre habe ich immer von Neuen wieder mich mit dieser Frage beschäftigt, aber ich habe mich nicht überzeugen können, dass die alte, von mir aufgestellte Behauptung, dass die Leprabacillen im wesentlichen in den Lepromen in den Zellen liegen, falsch sei. Nie habe ich geleugnet, dass Bacillen extracellulär vorkämen, ich habe von Anfang auf dieses Verhältniss, z. B. in der Cornea, in den peripheren Nerven etc. hingewiesen. Aber ich bleibe nach wie vor dabei: wo Leprome bebestehen, sind die grossen Virchow'schen Zellen gefüllt mit Bacillen und eben durch diese Bacillen-Einlagerung erhalten sie ihr charakteristisches Gepräge.

Nun meint Unna, das läge an unseren schlechten Methoden und besonders die Präparate, die College Babes heute ausgestellt hat, hat er einer sehr scharfen Kritik unterzogen. Ich muss ihm da auf das entschiedenste widersprechen. Ich finde, dass unsere Methoden, also auch die Babes'schen, viel ausgezeichneter sind, als die Unna'schen. Wir sehen mit unseren Methoden ganz bestimmte positive Thatsachen, Unna mit seinen Methoden sieht diese Dinge nicht. Mir scheint, dass wir dann mehr leisten als Unna. Ich finde unsere Methoden besser, weil sie viel schonender sind; sie geben daher sehr viel bessere Gewebsbilder und darauf kommt es doch in dieser Frage allein an.

Was kann es Eindeutigeres geben, als die beiden Babes'schen Präparate von Lepramilz, von denen das eine mit einfacher Doppelfärbung eine absolut deutliche Zelle mit Kern, und das andere, welches der Nachbarschnitt derselben Schnittserie ist, mit Bacillenfärbung überall die Bacillen da zeigt, wo im ersten Präparat das Protoplasma resp. Vacuolen sichtbar sind. Es ist seine Sache, diese positiven Befunde als Artefacte zu erweisen, nicht unsere Sache, dass seine negativen Befunde den wahren Sachverhalt wiedergeben.

Nun höre ich heute mit Erstaunen von Collegen Unna, wie schmerzlich es ihn berühre, dass wir so lange Jahre ihm ein so weitgehendes Interesse in einer so kleinlichen Frage zugetraut hätten. Ihm hätte nie etwas an dieser Frage: „ob extra- oder intracellulär“ gelegen. Mir scheint, dass die Sache sich doch etwas anders verhält. Ich wüsste wenigstens nicht, aus welchem Grunde so viele Arbeiten Unna's gegen die von mir aufgestellte Behauptung, dass die Bacillen wesentlich intracellulär liegen, publicirt worden seien, wenn ihn diese Frage gar nicht interessirt hätte.

Heute meint er nun, nur die Degeneration der Bacillen in den Klumpen und die Auflösung der Klumpen in solche Bacillen interessire ihn. Nun, meine Herren, ich gebe gern zu: die von Unna demonstrirten Präparate sind wunderschön. Aber etwas Neues bieten sie nicht; denn jeder Mensch hat bisher angenommen, dass alte und junge, lebende und todte Bacillen in solchen Klumpen durcheinander gemengt sind und mit allen möglichen Färbemethoden hat man die ungleiche Färbbarkeit der einzelnen Bacillen in den Haufen sehen können, und dass die Klumpen aus Bacillen bestehen, ist auch in meinen ersten Publicationen erörtert. Ich glaube überhaupt nicht, dass diese neuen Methoden einen solch ungeheuren Fortschritt bedeuten. Denn es scheint mir aus Unna's eigenen Worten hervorzugehen, dass auch sie nicht unfehlbar stets dieselben Resultate ergeben. Es ist ja schon von vielen Rednern heute betont worden, wie wechselnd, aus bisweilen ganz unerklärlichen Gründen, die Färberesultate sich gestalten, obgleich man glaubt, in ganz derselben Weise gefärbt oder entfärbt zu haben. Auch die Osmiumfärbung ist ja nicht neu, auch diese habe ich viele Jahre vor Unna angewendet und die Schwarzfärbung der Bacillen beschrieben, wenn auch nicht ausdrücklich den Fettgehalt betont. Vielleicht hätte Unna das doch erwähnen können, zumal ich ja auch die lepröse Zelldegeneration als eine Verfettung angesehen.

Aber auch der heutige Unna'sche Standpunkt ändert an der Frage, ob intra- oder extracellulär nicht das Geringste, denn wir behaupten eben mit aller Bestimmtheit: auch in den Unna'schen Präparaten, auch seine in Bacillen aufgelösten, aus rothen und blauen (schleimig degenerirten) Bacillen bestehenden Haufen liegen an der Stelle des Protoplasma der Zellen, sie liegen innerhalb der Zellen, wenn man auch bei der von ihm angewendeten Färbemethode die Conturen nicht sehen kann.

Was die Demonstrationen und Präparate des Herrn Collegen Bergengrün betrifft, so geht aus denselben unzweifelhaft hervor, dass die Kehlkopfschleimhaut besonders reich an bacillären Ausgüssen der Lymphgefässe resp. der Lymphspalten ist. Ich selbst hatte auch früher auf die auffallend grossen „Globi“, die sich in lepröser Kehlkopfschleimhaut finden, hingewiesen; so lange Schläuche freilich habe ich nie zu Gesicht bekommen. Wenn aber College Bergengrün weiter den Schluss zieht, dass es sich hier um zellenfreie extracelluläre Bacillenmassen innerhalb der Lymphgefässe handelt, so glaube ich, dass diese Behauptung vor der Hand doch nicht voll erwiesen ist; denn es scheint mir, dass die von ihm untersuchten Objecte nicht mehr ganz normale Gewebe enthielten. Ich gehe wohl nicht fehl in der Annahme, dass

auch er eine ganze Masse Spirituspräparate, die viele, viele Jahre bereits schlecht gehärtet in der Sammlung aufbewahrt gewesen sind, mit untersucht hat. Dazu kommt, dass die frühere Methode, Korke zum Aufkleben der Präparate zu benützen, durch die in Lösung gehenden Gerbsäurestoffe die Präparate gänzlich verdirbt und für die histologische Untersuchung und viele tinctorielle Methoden gänzlich unbrauchbar macht. Kurz, ich bin nicht überzeugt; es ist möglich, dass auch seine Bacillenthromben ursprünglich mit Bacillen vollgepfropfte Zellen waren und dass nur allmählich die Zellen zu Grunde gegangen, unfärbbar geworden sind

Zum Schluss aber will ich noch einmal erklären, dass für mich diese ganze Angelegenheit weder eine Ehren- noch eine Gefühlssache ist. Ich würde Unna von Herzen gern Recht geben, wenn mich meine Befunde nicht zu seinem Gegner machten. Ich muss bei meiner Ansicht bleiben, nicht weil, sondern obgleich Unna das Gegentheil behauptet.

Herr **A. Neisser** (Breslau):

Discussion: Verbreitungsweg (Nase). Mittwoch, 13. October.

Auch ich, meine Herren, habe, wie ich ja schon in meiner am Montag gehaltenen Ansprache betonte, grosse Neigung, die oberen Respirationswege, speciell die Nasenschleimhaut als einen besonders häufig benützten Infectionsweg anzusehen. Ich glaube zwar nicht, dass die häufig gefundenen Ulcerationen gleichsam den primären Herd darstellen, die Ulcerationen sind vielmehr in den meisten Fällen secundär veränderte, allmählich zerfallene lepröse Infiltrate, die vielleicht schon Jahre lang bestanden haben. Aber die Annahme, dass Menschen, welche sich in der Umgebung von Leprakranken befinden, häufig Bacillen einathmen, liegt sehr nahe, da die von Collegen Schäffer mitgetheilten Untersuchungen beweisen, dass jeder Leprakranke, der nicht eine vollkommen gesunde Nasen- und Mundschleimhaut hat, Bacillen zu Tausenden um sich verbreitet.

Es scheint mir aber am Platze zu sein, ganz ausdrücklich darauf aufmerksam zu machen, dass trotzdem die Contagionsgefahr für die gesunde Umgebung eines Leprakranken keine grosse ist. Ich glaube, wir müssen dies besonders betonen, damit nicht das Laienpublikum, das von diesen Thatsachen Kenntniss bekommt, übermässige Befürchtungen an die Nähe und Anwesenheit eines Leprakranken knüpft. Wenn wir auch die Möglichkeit einer Contagionsgefahr zugeben müssen, so ist doch die Wahrscheinlichkeit, dass sie eintritt, bei uns sehr gering.

Bei der Tuberkulose liegen ja die Verhältnisse ganz ähnlich, Herr College Lassar, der diese Frage heute schon berührt hat, ist mir nur zuvorgekommen. Seit jeher habe ich den Standpunkt vertreten, dass die hauptsächltchste Infectionsquelle für den Gesichtslupus die Nasenschleimhaut darstellt. Freilich gelten diese beginnenden Lupusformen Jahre und Jahrzehnte lang nicht als Lupus, sondern als chronischer Schnupfen, als Exzem, als Catarrh, weil die Diagnose sehr schwer ist, vielleicht auch eine Untersuchung gar nicht stattfindet. Dann aber

kommt der Zeitpunkt, wo der Lupus, sei es an der äussern Nasenöffnung, sei es am innern Augenwinkel durch den Thränennasengang zum Vorschein kommt und erst dann wird die Diagnose gestellt. Die Verhältnisse beim Lupus lehren uns auch, dass am häufigsten die tuberculöse Infection zu Stande kommt, wenn die Nasenschleimhaut durch Catarrhe, „lymphatische Constitution" zum Ansiedelungs- und Entwicklungsort der Tubercelbacillen prädisponirt ist, während wir andererseits wissen, dass auch bei Gesunden Tubercelbacillen auf der Nasenschleimhaut sich finden, die aber unschädlich bleiben, weil sie nicht haften. Wie dem aber auch sei, jedenfalls wird man, wo Lepröse sich aufhalten, darauf zu achten haben, dass die von ihrer Mund- und Nasenhöhle ausgehende Bacillenverbreitung nach Möglichkeit beseitigt werde.

Auch College v. Petersen hat über die ersten Localisationen der leprösen Erkrankung berichtet; ich muss aber gestehen, dass ich der von ihm aufgestellten Statistik eine grosse Bedeutung zur Entscheidung dieser Frage nicht beimessen kann. Wenn wir daran denken, wie häufig schon ganz gebildete Menschen nach wenigen Monaten von den Anfangserscheinungen der Syphilis nichts wissen oder Falsches berichten, so wird man unmöglich auf Angaben, welche Jahre zurückliegende Erscheinungen betreffen, viel Werth legen können. Kommt doch bei der Lepra der einmal schleichende Verlauf und speciell die Anästhesie als ein Moment hinzu, welches jedem Menschen die Abgabe sicherer anatomischer Daten ungemein erschwert. Die Kranken haben grosse Ulcerationen und Zerstörungen, ohne auch nur die geringste Ahnung davon zu haben.

Neurolepride.

Unter Neurolepriden verstehe ich alle durch Leprabacillen erzeugten Hautaffectionen, welche nicht wie die Leprome der Einwanderung derselben in das Cutisgewebe direkt, sondern seiner Vegetation in die Hautnerven indirekt ihre Entstehung verdanken. Die Leprome entstehen bei solchen Leprösen, deren gesammte Cutis einen guten Nährboden für die Bacillen abgiebt, die Neurolepride bei solchen Personen, deren Haut im Allgemeinen nicht, deren Nerven jedoch die Ansiedelung des Leprabacillus zulassen. Mischformen sind durchaus selten und bilden keinesfalls die reguläre Form. Am häufigsten findet man vereinzelte umschriebene Leprome auf flächenhaften Neurolepriden und subcutane Leprome als Complication von solchen. Oft werden echte papulöse Neurolepride fälschlicher Weise für Leprome und Mischformen gehalten.

Getrennt werden die primären angio-neurotischen und secundär embolischen Formen.

A. Die angio-neurotischen Formen.

Wesentlich auf Stirn, Wangen, Ohren, Kinn, Streckseite der Extremitäten, langsam oder plötzlich entstehend, in allen Fällen streng symmetrisch. Flecken oder Ringe, bei letzteren das Centrum blass und oft von Anfang anästhetisch, während die hyperämischen Flecke und Zonen theils Anästhesie, theils Hyperästhesie erkennen lassen.

Unbegrenzte Dauer der Flecken. Allmählich papulöse Verdichtung der hyperämischen Zonen, Verwaschenwerden der Grenzen.

Zwischen der Ausdehnung und Stärke dieser Exantheme und der nachweisbaren Nervenleprome besteht keine Proportionalität.

B. Die embolischen Formen.

Wenn embolische Formen (subcutane Blasen, Knötchen oder cutane leicht erhabene entzündliche Papeln) in der Haut auftreten, welche bis dahin frei von Neurolepriden war, pflegen sie leicht und rasch wieder zu verschwinden. Treffen die Embolien jedoch auf maculöse Neurolepride, so bleiben deutliche Verdichtungen zurück, papulöse Formen.

Von diesen bilden sich hin und wieder subcutane Leprome aus.

Die Nervenlepra zerfällt in zwei Arten: 1. multiforme Exantheme mit geringer Anästhesie, 2. unbedeutende Exantheme mit sehr verbreiteten sensiblen Störungen und in Folge der letzteren die hochgradigsten trophischen Veränderungen.

Der Pemphigus leprosus ist das specifische Neuroleprid der trophischen Lepra.

Herrn Hallopeau's Ausführungen zur Sero-Therapie folgen nach in

Band III,

welcher demnächst erscheinen wird.

Gedruckt bei L. Schumacher in Berlin.

Path. 830 20/2

Mittheilungen und Verhandlungen

der

internationalen wissenschaftlichen

Lepra-Conferenz

zu Berlin

im October 1897.

III.

Berlin 1898.
Verlag von August Hirschwald.
N.W. Unter den Linden 68.

16.—

9/—

Mittheilungen und Verhandlungen

der

internationalen wissenschaftlichen

Lepra-Conferenz

zu Berlin

im October 1897.

III.

Berlin 1898.

Verlag von August Hirschwald.

N.W. Unter den Linden 68.

Mit dem vorliegenden dritten Bande gelangen die Mittheilungen und Verhandlungen der internationalen wissenschaftlichen Lepra-Conferenz, welche zu Berlin im Oktober 1897 stattgefunden hat, zum Abschluss. Dank dem grossen Entgegenkommen aller Betheiligten ist es möglich geworden, im Verlauf weniger Monate ein Werk zu vollenden, welches den Stand unseres jetzigen Wissens über die Lepra in umfassender Vollständigkeit wiedergiebt und zugleich alle Hinweise und Anregungen für fernere Aufgaben innerhalb dieses Gebietes in sich schliesst. Der Zweck der Conferenz ist erreicht. Das Interesse aller wissenschaftlichen und administrativen Kreise ist von Neuem und auf das Eindringlichste auf die Frage nach Ausbreitung, Bedeutung und Bekämpfung des Aussatzes hingelenkt, die öffentliche Aufmerksamkeit zu lebhafter Antheilnahme erweckt worden. Sämmtliche Staaten Europa's ohne Ausnahme haben sich an den wissenschaftlichen Bearbeitungen thätig betheiligt und alle übrigen Erdtheile durch Entsendung von Delegirten oder literarischen Beiträgen das Ihrige zum Gelingen beigetragen. Es darf danach ausgesprochen werden, dass die gesammte civilisirte Welt durch ihre auserwählten Vertreter in die Erörterungen eingegriffen hat. Aller Voraussicht nach wird denn auch ein einmüthiges Vorgehen fortan die Angelegenheit überall in die richtigen Bahnen lenken helfen.

Klar ist festgestellt, dass die Krankheit in allen von ihr heimgesuchten Ländern der Erde, wo sie nicht durch treffende Massnahmen Einschränkung bereits erlitten hat, in beständig wachsender Ausbreitung begriffen ist. Dieser Gewissheit gegenüber sind die Mitglieder der Conferenz sich über die empfehlenswerthen Gesichtspunkte zur Eindämmung und Unterdrückung der Seuche einig geworden und haben — dem befolgten Programme entsprechend — das Ergebniss ihrer Berathungen so formulirt, dass auf Basis desselben weitere Schritte in der Gesetzgebung, der Verwaltung und auf dem Wege internationaler Vereinbarung angebahnt werden können.

Der Modus, in welchem die Tagung vor sich ging, hat sich bewährt. Statt der Verlesung ausführlicher, vorher schriftlich abge-

fasster Ausarbeitungen und an Stelle der bisher bei solchen Gelegenheiten üblichen Vorträge der Referenten und Correferenten fanden kurz gefasste, ausschliesslich in freier Rede geführte Discussionen statt. Unabhängig von dem Zwange wörtlich abgelesener Abhandlungen von ungemessener Länge, welche der Vollständigkeit halber vielfach das wiederholen, was der Zuhörerschaft bereits geläufig ist, konnten sich die Ansichten der Theilnehmer lebendig an einander knüpfen und ein geordnetes Verhältniss zu einander finden. Zahlreiche Demonstrationen, namentlich mikroskopischer Art, sowie in Form von Projectionen, trugen zu gegenseitiger Belehrung und Verständigung bei. Dieselben waren gleichfalls, abweichend vom Herkommen, nicht den Plenarsitzungen eingereiht, sondern wurden ausserhalb der eigentlichen Tagesordnung vor und nach derselben in einzelnen Räumen und Abtheilungen gruppenweise so vorgenommen, dass alle wirklichen Interessenten zu ihrem Recht gelangen konnten, ohne den Gang der Hauptverhandlungen aufzuhalten. Nur auf diese Weise war es möglich, die geplante Ordnung durchzuführen und jedem Gegenstande der Discussion sein volles Recht zu gewähren.

Die Ausstellung endlich, welche mit der Conferenz verbunden war, hatte sich auf ausschliesslich wissenschaftliche Objecte aus den Gebieten der Anatomie und Plastik, der Mikrologie, Photographie, Kartographie und Bibliographie der Lepra beschränkt. Sie war räumlich den Sitzungssälen angegliedert und konnte deshalb ohne Zeitverlust und Mühe von allen Mitgliedern ausgenutzt, beziehentlich bei den Verhandlungen selbst verwerthet werden.

Zum Gelingen des Ganzen hat in erster Linie die Kaiserlich Deutsche Reichsregierung beigetragen. Dieselbe gewährte von Anfang an dem vorbereitenden Comité ein hochgeneigtes Interesse und förderte die Zwecke der Conferenz in jeder Beziehung auf das Wesentlichste. Durch ihre Vermittelung gelang es zunächst die Beachtung einer grossen Anzahl von deutschen und auswärtigen Staatsregierungen auf das Unternehmen hinzulenken, welche dieselbe durch Entsendung zahlreicher Abgesandter und durch die Abfassung wissenschaftlicher Berichterstattungen auf das Freundwilligste bekundet haben. Das Kaiserliche Gesundheitsamt hat der Conferenz in gastlicher Weise eine unvergleichliche Aufnahme bereitet. In diesem für wissenschaftliche Zwecke nach den weitgehendsten Anforderungen der Neuzeit eingerichteten Institute tagen zu dürfen, war ein unschätzbarer Vorzug, welchen die Reichsregierung der Versammlung zugewendet hat. Der Director des Kaiserlichen Gesundheitsamtes, Herr Wirkl. Geheimer Oberregierungsrath Dr. Köhler und die sämmtlichen Mitglieder dieser Behörde hatten Alles aufgeboten, um den Theilnehmern der Conferenz ihren Aufenthalt so erspriesslich wie irgend möglich zu gestalten. Dazu kam das Eintreten der höchsten

Reichs- und Staatsbeamten, welche durch ihre persönliche Antheilnahme an der Einleitung und Durchführung der Verhandlungen denselben einen Charakter gaben, wie ihn wissenschaftliche Berathungen dieser Art bis dahin niemals und nirgends gewonnen hatten. Der Herr Reichskanzler Fürst zu Hohenlohe-Schillingsfürst, der Staats-Secretair des Innern Herr Dr. Graf von Posadowsky-Wehner, der Herr Minister der geistlichen, Unterrichts- und Medicinal-Angelegenheiten D.Dr. Bosse, der preussische Minister des Innern Herr Freiherr von der Recke, der Generalstabsarzt der Armee, sowie eine ganze Reihe anderer hoher Staatsbeamten beehrten in diesem Sinne die Versammlung. Seine Majestät der Kaiser und Ihre Majestät die Kaiserin zeichneten dieselbe durch persönlichen Empfang aus und bekundeten ein über jede Erwartung hinaus reichendes Eingehen auf die in Frage kommenden Probleme. Auch die medicinische Facultät, nebst zahlreichen anderen hervorragenden Vertretern der medicinischen Wissenschaft, die Dermatologische Gesellschaft und die Städtischen Behörden bezeugten ihre Würdigung der vorliegenden Aufgabe.

Unter diesen Umständen ward es dem vorbereitenden Comité nicht schwer, seiner Pflicht zu genügen. Dieses Comité, welches es übernommen hatte, die Einleitung und die Vorarbeiten bis zur Eröffnung der Verhandlungen durchzuführen, bestand aus Dr. Edward Ehlers in Kopenhagen, Dr. Armauer G. Hansen in Bergen, Dr. Robert Koch und Dr. Oscar Lassar in Berlin. Von ihm erging eine Einladung an sämmtliche als solche bekannte Lepra-Autoren und Lepra-Aerzte, sich durch persönliches Mitwirken und durch Uebernahme von Arbeiten an dem Zustandekommen der Conferenz zu betheiligen. Das Ergebniss war eine allseitige Zustimmung. Wer nicht durch zwingende äussere Gründe zurückgehalten war, sagte entweder sein Erscheinen zu oder documentirte seine Zugehörigkeit durch Bearbeitung der ihm zunächst liegenden Themata. Die auf solche Weise gewonnenen Arbeiten sind in dem ersten und dritten Bande dieser Veröffentlichungen niedergelegt, während der zweite Band ausschliesslich der Wiedergabe der mündlichen Aussprachen gewidmet blieb. Während die übrigen Aufsätze den Herren Autoren, soweit sie erreichbar waren, direct zur Correctur vorgelegt wurden, konnte dieses mit dem Stenogramm der eigentlichen Verhandlungen nicht bewerkstelligt werden. Es haben sich deshalb einige Irrthümer nicht vermeiden lassen, die alsbald von den betreffenden Herren der Berichtigung unterzogen worden sind. Diese Verbesserungen finden sich im Anhange des vorliegenden Bandes. Die Ausschaltung sämmtlicher Druckfehler hat sich trotz sorgfältiger Correcturen und Revisionen dennoch nicht überall ganz vermeiden lassen, da der Druck in fremden Sprachen dem technischen Personal grosse Schwierigkeiten

bereitet, zumal wenn, wie hier, im Interesse schneller Publication eine Beschleunigung der Arbeit gefordert werden muss. Die Herren Mitarbeiter und Leser wollen darum gütige Nachsicht walten lassen.

Im Uebrigen aber dürfen die Theilnehmer mit Genugthuung auf ihre in seltener Einmüthigkeit geleistete Arbeit zurückblicken. Nie zuvor ist es möglich gewesen, eine derartige Sonderfrage in so umfassender internationaler Form zu gemeinsamer Verständigung zu bringen. Niemals bisher ist der freiwilligen Initiative privater Fachgelehrter eine so vornehme Werthschätzung und Förderung Seitens der Staatsleitungen geschenkt worden und hat sich die sachliche Theilnahme aller Zeitgenossen so eingehend dem wissenschaftlich-hygienischen Gegenstand einer medicinischen Discussion zugewendet. Auch ist hervorzuheben, dass jedweder theoretische Standpunkt in uneingeschränkter Art zur Geltung gelangen konnte. Ohne Vorurtheil, ohne nationale oder persönliche Parteifärbung ist es gelungen, den Vertretern der verschiedenartigen Anschauungen und Auffassungen ihr Recht zu geben. Die Ziele der Klarheit und der Wahrheit waren es allein, die Allen vorgeschwebt haben und welche der internationalen Lepra-Conferenz ihre Signatur, ihre für folgende Bestrebungen ähnlicher Richtung gewiss beispielgebende Tendenz verliehen haben. Deutschland aber darf dankbar zugleich und stolz sein, dass die Berufenen aller Nationen seiner Einladung gefolgt sind, dass sie hier eine angemessene Stätte wissenschaftlicher Gediegenheit und Kritik voraussetzten, um im eigenen Lande Wiederhall für das gemeinsame Wirken zu erwecken. Mit dem Empfinden tiefster Erkenntlichkeit für solche dem Vaterlande und der deutschen Wissenschaft gewordene Auszeichnung gehe dieses gemeinsame Werk in alle Welt — ein Zeichen internationaler Gemeinschaft auf dem Gebiete der Humanität und der Wissenschaft!

Berlin, den 27. Januar 1898.

Inhaltsverzeichniss.

I. Weitere Beiträge über das Auftreten der Lepra in verschiedenen Ländern.

Seite

Kübler, P. (Berlin): Allgemeine Bemerkungen über Geographie der Lepra 3
Neumann, Isidor (Wien): Die Lepra in Bosnien und der Herzegovina . . 8
Grünfeld, A. (Rostow a. Don): Die Lepra im Gebiete der Donschen Kosaken 50
Zwingmann, G. (Kursk): Die Lepra im Gouvernement Kursk 67
Kalindéro, N. (Bucarest): De la Lèpre en Roumanie, sa Distribution, son Extension 77
Petrini, Paul (Bucarest): La Lèpre en Roumanie 102
Mitaftsis, Télémaque A. (Athènes): La Lèpre en Grèce 109
Jadassohn, J. (Bern): Bericht für die Schweiz 129
Falcao, Zeferini (Lisbonne): Portugal 131
Gémy et Raynaud (Alger): Notes sur la Lèpre en Espagne 140
Jeanselme, M. E. (Paris): Rapport sur la Lèpre en France et dans ses Colonies . 143
Abraham, Phineas S. (London): Leprosy in the British Empire . . . 149
Dyer, Isadore (New Orleans): Endemic Leprosy in Louisiana 230
Kitasato (Tokio): Statistik der Leprakrankheiten in Japan 267
Thompson, J. Ashburton: Leprosy in Hawaii; a critical enquiry . . . 270
Koehler, Clem. (Posen): Zur Geschichte des Aussatzes in der Provinz Posen 298

II. Weitere Beiträge zur Nosologie und Bekämpfung der Lepra.

v. Petersen, O. (St. Petersburg): Ueber die Initialerscheinungen der Lepra 313
Besnier, Ernest (Paris): Sur la Lèpre 325
Kalindéro, N. (Bucarest): De la Lèpre anésthesique 357
Jeanselme, M. E. (Paris): Des Troubles sensitifs dans la Lèpre . . . 384
Darier, J. (Paris): Recherches anatomo-pathologiques et bactériologiques sur les Taches érythémato-pigmentées de la Lèpre 396
Musehold, P. (Berlin): Lepra in Leber und Milz. 413
Schäffer, J. (Breslau): Bemerkungen zur Frage der Leprazellen mit Demonstration mikroskopischer Präparate 421
Schäffer, J. (Breslau): Demonstration zur Frage der visceralen Lepra . . 424
Dohi, K. (Tokio): Histologie der Lepra, insbesondere über Leprazellen, Globi und Riesenzellen 427

Seite

Petrini de Galatz (Bucarest): De l'Abscence du Bacille de Hansen dans la Lèpre tuberculeuse et des Rapports de Lèpre nerveuse avec la Syringomyelie 433

Aristidi Bey (Constantinople): Contribution à la Recherche des Bacilles de Hansen dans les Affections pemphigoides de la Lèpre 450

Thibierge, Georges (Paris): La Prophylaxie de la Lèpre dans les Pays ou elle n'est pas endémique 452

Glade, H. F. (Berlin): Compiled Laws of the Republic of Hawaii . . . 460

Petrini de Galatz (Bucarest): Note sur le Serum des Lépreux tuberculeux et la Toxicité des Urines 462

Hermann, C. Lawrence and Phineas S. Abraham (London): Some preliminary Observations in connection with a new Serum for the Treatment of Leprosy 476

Laverde, J. Olaya (Socorra): La Lèpre, son Traitement par la Sérothérapie. 485

Crocker, H. Radcliffe (London): The treatment of Leprosy by intramuscular Injections of Perchloride of Mercury 495

Dyer, Isadore (New Orleans): A preliminary Report on the Use of Antivenene in the treatment of Leprosy 500

Fornara, Dominique (de Taggia en Ligurie): Curabilité et Traitement de la Lèpre 517

Laehr, Max (Berlin): Ein Beitrag zur Differentialdiagnose zwischen Lepra und Syringomyelie 525

Atherstone, Walter H. and R. Sinclair Black (Robben Island): Official Reports presented to the Government of the Cape Colony upon the Serum Treatment of Leprosy 532

Zuriaga, Manuel (Valencia): Es ó no es contagiosa la Lepra 546

Zambaco Pacha (Constantinople): Progénité des Lépreux 591

Oppenheim, H. (Berlin): Syringomyelie und Lepra 596

Broes van Dort (Rotterdam): Thèses 597

Hallopeau (Paris): Les Lépreux à Paris 599

Cahnheim, O. (Dresden), Edw. Ehlers (Kopenhagen), K. Grossmann (Liverpool): Lepra in Island 601

Nachträge und Ergänzungen zu Band II 603

I.

Weitere Beiträge über das Auftreten der Lepra in verschiedenen Ländern.

I.

Weitere Beiträge über das Auftreten der Lepra in verschiedenen Ländern.

Allgemeine Bemerkungen über die Geographie der Lepra.

Von

P. Kübler in Berlin.

Die Lepra ist gegenwärtig auf allen Erdtheilen anzutreffen, jedoch auf keinem derselben gleichmässig verbreitet. Durchweg stehen solchen Ländern und Bezirken, in denen die Seuche eine gewaltige Ausdehnung erlangt hat, andere gegenüber, welche nur mässig heimgesucht oder gänzlich verschont sind.

Einen Mittelpunkt der Seuche bildet der Süden und Osten **Asiens.** In Britisch-Ostindien wies die Volkszählung des Jahres 1891 114239 Leprakranke nach, was einer Verhältnisszahl von 5 auf 10000 Einwohner entsprach; in der Präsidentschaft Bengalen litten 5,1, in Madras 3,7, in Bombay 4,7, in Niederburma 6,3, in Oberburma 11,8, in Mysore und Coorg dagegen nur 1,6 von 10000 Einwohnern an der Krankheit. Von den einzelnen Distrikten hatten Bankoora und Berbhoom in Bengalen mit Ziffern von 36,3 bezw. 35,2 $^0/_{000}$ die meisten Aussätzigen (Report of the Leprosy Commission in India. London 1893). Auf Ceylon sollen etwa 2000 Lepröse (11 $^0/_{000}$ Einwohner) leben. Auch in Hinterindien, insbesondere in Siam, Anam und Tonkin soll die Lepra stark verbreitet sein; in Tonkin giebt es Dörfer wie Hanoi, in denen etwa die Hälfte der Einwohner aussätzig ist. (A. v. Bergmann, Die Lepra. Deutsche Chirurgie. Stuttgart 1897). Von den Sundainseln sind als Sitz der Krankheit besonders Java mit Madoera, wo nach Broes van Dort 2703 Kranke, meist chinesischer Herkunft, bekannt sind, ferner die Ostküste und die inneren Theile von Sumatra, auch Borneo zu verzeichnen. Unter den Molukken sind die Inseln Amboina und Ternate besonders heimgesucht. In China sind nach A. v. Bergmann die südlichen und östlichen Provinzen, auf Formosa die Küstenfläche vornehmlich betroffen. In Hongkong soll die Krankheit nach Davidson (Geographical pathology) nicht häufig sein. Japan hat erheblich unter der Seuche zu leiden. Eine kürzlich abgeschlossene amtliche Ermittelung wies mehr als 22000 Kranke nach, welche fast gleichmässig über das ganze Reich vertheilt waren; die Lepra kam an der Meeresküste sowohl wie in Berggegenden vor. Inwieweit der Aussatz in Mittelasien auftritt, entzieht sich genauerer Kenntniss; in

der Mandschurei ist die Krankheit nach A. v. Bergmann nur mässig vertreten. Im Norden setzt sich das von ihr beherrschte Gebiet von China nach Kamtschatka und in das Jakutenland fort, wo Smirnow im Bezirke Wiluisk bei etwa 70000 Einwohnern im Jahre 1891 77 Kranke nachwies. In Westasien soll Persien nach Hirsch nur in einzelnen Bezirken des Berglandes Irak Adschemi im Innern des Landes, sowie in der Beludschistan nahegelegenen Provinz Kohistan und der an Russland grenzenden Provinz Azerbeidschan von Lepra heimgesucht sein. Turkestan leidet nach Münch so erheblich unter der Seuche, dass von 1000 Einwohnern je 1, in einzelnen Gegenden sogar bis zu 10 leprös sind. In der asiatischen Türkei findet sich der Aussatz sowohl in Mesopotamien, wie in Syrien, Arabien und Kleinasien; nach von Dürings Schätzung beträgt die Zahl der Leprösen auf der letzteren Halbinsel etwa 1 $^0/_{00}$ der Einwohner.

Hiernach besteht in Asien in Indien, Süd-China und Japan ein gewaltiges centrales Verbreitungsgebiet der Lepra; von demselben ausgehend ist die Krankheit im Norden bis nach Kamtschatka und Sibirien, im Westen bis nach Persien Turkestan und der Asiatischen Türkei, im Südosten auf den Sundainseln und Molukken zu verfolgen.

Weiter nach Südosten fortschreitend findet man in Neu Guinea, **Australien** und den melanesisch-polynesischen Inseln zahlreiche Lepragebiete. Die Krankheit scheint dorthin vor noch nicht langer Zeit hauptsächlich von China her verschleppt zu sein und auch unter den in grosser Zahl eingewanderten Chinesen fort zu herrschen. In Neu-Guinea ist der Aussatz nach Davidson nichts Ungewöhnliches. Auf dem Festland von Australien ist die Krankheit nach Thompson namentlich in Victoria, Neu-Süd-Wales und Queensland beobachtet worden. In Neu-Süd-Wales waren nach einem amtlichen Berichte am 1. Januar 1895 40 Aussätzige bekannt. Ferner findet sich die Lepra in Neu-Seeland, Neu-Kaledonien, auf den neuen Hebriden, den Fidji-, Samoa- und Gesellschaftsinseln; auf den Fidji-Inseln sollen 1 pCt. der Einwohner leprös sein. Auf den Marschallinseln sind nach Baessler von rund 4000 Eingeborenen etwa 250, also 6 pCt. leprös, doch wird der Aussatz in dem dortigen deutschen Bezirk Jaluit nach Schwabe nicht häufig angetroffen (Arbeiten aus dem Kaiserl. Gesundheitsamte Bd. XIII, S. 75). Eine grosse Ausdehnung hat die Krankheit in den letzten Jahrzehnten auf den Sandwichinseln angenommen. Arning schätzt die Zahl der Kranken dort auf 30 $^0/_{00}$ der Einwohner. In der auf der Insel Molokaï eingerichteten Lepracolonie Kalaupapa wurden in den 3 Jahrzehnten von 1866 bis 1895 6025 Aussätzige verpflegt.

An die von der Lepra betroffenen westasiatischen Länder schliesst sich in **Afrika** der am längsten bekannte Lepraherd Egypten. Eine durch Engel veranlasste amtliche Enquête wies dort im Jahre 1893 2204 lebende Aussätzige nach, in Wirklichkeit dürfte die Zahl jedoch höher sein. Die Krankheit ist vornehmlich im Bereiche des Nildeltas und des oberen Nils verbreitet. In Abessynien, Darfour und an der ganzen afrikanischen Ostküste, sowie auf Madagaskar, Mauritius, Réunion, St. Marie und den Seychellen tritt die Krankheit ebenfallls auf (A. von Bergmann). In Deutsch-Ost-Afrika ist die Lepra weniger an der Küste als in der Nähe der grossen Seen, insbesondere auf einigen In-

seln des Victoria Nyanza verbreitet (Schön). In Südafrika hat der Aussatz nach Impey in den letzten 50 Jahren erheblich zugenommen. In Capland sind gegenwärtig 812, in Ost Griqualand und den Transkeiangebieten 650, in Basutoland 250, in Bechuanaland 10, in Natal 200, im Oranje-Freistaat 150 und in der Transvaal-Republik 105 Kranke bekannt. Deutsch-Südwestafrika scheint bisher verschont geblieben zu sein (Schön). Im Congostaat kommt die Lepra vor, wenn auch nicht in erheblicher Verbreitung; die meisten Fälle sind am unteren Kongo bekannt (Bayet). In Kamerun ist die Krankheit nicht bekannt. Auch die Nigermündung soll von der Seuche frei sein; dagegen findet man den Aussatz an der Goldküste (Davidson), in Sierra Leona, in Senegambien und auf den Canarischen Inseln (Bayet). Tonkin hat jedoch die Krankheit an der Küste zwischen Sierra Leona und Alt Calabar nicht angetroffen, dagegen in beträchtlicher Verbreitung am oberen Niger und Benuefluss. In Madeira ist nach Darfour in den letzten Jahren ein erfreulicher Rückgang in der Häufigkeit des Aussatzes zu verzeichnen. An der Nordküste Afrikas ist die Lepra nach A. v. Bergmann sehr verbreitet. In Algier weisen Gemy und Raynaud 47 zur Zeit lebende Aussätzige nach.

Die Verbreitung der Lepra in **Amerika** weist auf einen Zusammenhang mit den afrikanischen Aussatzgebieten hin; denn die vorzugsweise betroffenen Länder liegen meist auf der Afrika zugewandten Seite.

In **Südamerika** ist die Westküste zum grössten Theil leprafrei, nur der nördlichste dortige Staat Columbien, der bereits an Centralamerika und Venezuela grenzt und mit den Inseln Mittel-Amerikas in unmittelbarem Seeverkehr steht, ist heimgesucht. In Columbien herrscht jedoch die Lepra in erheblichem Maasse. Nach Hicks sollen dort 18000, nach anderen gar 30000 Kranke vorhanden sein. Auf der Ostküste ist in Venezuela und Guyana der Aussatz häufig. In Surinam allein giebt es nach Broes van Dort etwa 2000 Lepröse). In Brasilien ist die ganze Küste betroffen, die letzte Zählung der Aussätzigen ergab eine Ziffer von 5000, welche indessen nach Lutz nur etwa der Hälfte der wirklich vorhandenen Kranken entspricht. In Uruguay sind nach Canabal nur 27 Aussätzige bekannt, von denen 12 in dem an der Küste gelegenen Departement Canelones leben.

In **Mittel-Amerika** ist der Aussatz auf den Inseln stark verbreitet, doch bestehen hinsichtlich der Betheiligung der einzelnen Inseln erhebliche Verschiedenheiten. Auf den kleinen Antillen ist die Zahl der Leprösen von 9,3 ‰ der Einwohner im Jahre 1871 auf 11,2 ‰ im Jahre 1891 gestiegen. In Guadeloupe und Martinique sind je 1 von 860 Einwohnern leprös. Stark betroffen sind auch St. Christopher und Antigua, weniger Barbuda; selten ist der Aussatz in Dominica, Montserrat und Grenada. Von den dänischen Antillen sind nach Ehlers St. Thomas und St. Croix mässig heimgesucht, St. Jean aussatzfrei. Auf den Virgin-Inseln ist die Krankheit ungewöhnlich, ebenso in Puerto Rico (Numa Rat). Auf den grossen Antillen soll nach A. v. Bergmann die Lepra unverkennbar abnehmen. Auf Jamaica, dessen Einwohnerzahl 700000 beträgt, lebten Donovan zufolge im Lepra-Asyl im Jahre 1889 94 Aussätzige. Auf den Bahamainseln

ist der Aussatz in der Zunahme begriffen. Das Festland von Mittelamerika ist stellenweise stark heimgesucht. In Mexiko finden sich die hauptsächlichsten Herde in dem an der Westküste gelegenen Staate Sinaloa und in dem nach Osten daran grenzenden Südgebiet von Durango, ferner im Staate Guanajuto und Jalisco mit den angrenzenden Gebieten der benachbarten Staaten, endlich in dem an der Nordgrenze gelegenen Staate Guerrero.

Nord-Amerika ist verhältnissmässig wenig vom Aussatz betroffen. Von den Britischen Besitzungen ist Neu-Braunschweig in Folge von Einschleppungen aus der Normandie früher erheblicher heimgesucht worden; jetzt giebt es dort nur 26 Kranke; in Cape Breton und Britisch Columbien sind einzelne Fälle vorhanden. In den Vereinigten Staaten leben nach White im Ganzen etwa 200 Kranke, welche sich vorzugsweise auf die Staaten Louisiana, Texas, Florida, Californien und Oregon vertheilen. In den Nord-West-Staaten Minnesota, Wisconsin und Jowa, welche früher durch die Einwanderung aus Skandinavien inficirt worden sind, befinden sich zur Zeit nur etwa 30 Kranke.

In **Europa** sind England, die Niederlande, Belgien, Dänemark, das Deutsche Reich und Oesterreich fast leprafrei. In den meisten dieser Länder giebt es nur einzelne Kranke, die sich ihr Leiden in der Fremde zugezogen haben. Im Deutschen Reiche hat sich in dem preussischen Kreise Memel hart an der Grenze gegen Russland neuerdings ein kleiner Lepraherd gebildet. In Ungarn kommt die Krankheit vereinzelt vor; in Bosnien und der Herzegovina sind besonders die südlichen und östlichen Theile betroffen. Hier und in Montenegro sollen nach Ehlers' Schätzung etwa je 1 von 2000 Einwohnern leprös sein. Die Balkanhalbinsel und Russland weisen zahlreiche Aussatzgebiete auf. In Constantinopel, wo nach v. Düring jetzt etwa 500—600 Lepröse leben, bedingt der Verkehr mit Asien einen regelmässigen Zuzug neuer Kranken. In Bulgarien kommt die Krankheit vereinzelt vor. In Rumänien leben zur Zeit nach Petrini 208 Lepröse, welche über das ganze Land zerstreut sind. Die Zahl der Aussätzigen auf dem griechischen Festland schätzt v. Bergmann auf etwa 400. Rosolimos weist dort und auf den jonischen Inseln 99 zur Zeit bekannte Kranke nach. In Kreta, Samos und auf den übrigen Inseln des Aegäischen Meeres ist die Seuche häufig. In Russland sind zunächst die an Asien grenzenden Gebiete im Kaukasus, sowie das untere Wolgagebiet stark heimgesucht, auch Bessarabien hat viele Lepröse; dann ist die Krankheit in den baltischen Provinzen, besonders in Livland, recht häufig; jedoch sind die Aussätzigen auch sonst über das Reich zerstreut und in der Mehrzahl der Gouvernements anzutreffen. In der appeninischen Halbinsel sind nur bei San Remo, Livorno und bei Comacchio an der adriatischen Küste, ferner in Apulien kleine Herde bekannt; dagegen ist die Krankheit auf Sicilien, Malta und Gozzo häufiger. Die Pyrenäenhalbinsel hat eine verhältnissmässig grosse Zahl von Aussätzigen. In Portugal leben nach Arning etwa 300 Kranke, und zwar hauptsächlich in den Provinzen Beira, Estremadura und Algarve, in Spanien demselben Autor zufolge 1200, namentlich in den Küstengebieten von Galicien, Asturien, Andalusien, Granada und Catalonien. Die Krankheit ist einer Mittheilung

in den Veröffentlichungen des Kaiserlichen Gesundheitsamtes zu Berlin (1897, S. 801) zufolge ferner in den Provinzen Valencia, Alicante und Malaga nicht selten. In Frankreich giebt es nach Jeanselme einige kleine Herde an der Mittelmeerküste bei Berre und Nizza sowie einzelne zerstreute Leprakranke in der Bretagne. In Paris leben etwa 160 bis 200 Kranke, die sich aber meist ausserhalb Europas inficirt haben. In der skandinavischen Halbinsel ist die vor wenigen Jahrzehnten noch recht erhebliche Zahl der Leprösen in erfreulicher Weise zurückgegangen. Ende des Jahres 1895 gab es nur noch 321 Kranke ausserhalb der Aussatzhäuser; das Gebiet der Krankheit beschränkt sich auf die Westküste vom Nordkap bis Lindesnäs, wo vornehmlich die Districte Söndfjord und Soyn nördlich von Bergen betheiligt sind und, auf die im Osten der Hauptbergkette gelegenen obersten Theile von Valders und Gudbrandsdalen. Einzelne Fälle finden sich im östlichen Norwegen. Dieselben sind vermuthlich auf das benachbarte schwedische Lepragebiet Dalarne zu beziehen (Lie). In Schweden giebt es einige 70 Leprakranke, von denen 36 in der an der botnischen Küste gelegenen Provinz Helsingland, 15 in der nach dem Innern zu angrenzenden Provinz Dalarne leben. Endlich hat auf Island Ehlers im Jahre 1895 156 Lepröse gezählt. Die Seuche ist dort in der Zunahme begriffen und tritt hauptsächlich in Aarnäs-Rangarvalla im Süden und in Eyarfjörd Thingey im Norden auf.

Die geographische Verbreitung der Lepra zeigt, dass die Seuche sich an Klima, Bodenbeschaffenheit und Rassen nicht bindet. Sie tritt im hohen Norden in Island und im Jakutenlande, wie in den Tropen auf, verschont weder die Bergländer, noch die Meeresküste, oder die Binnenebenen und trifft die farbigen Rassen wie die Europäer. Fast nirgends aber, wo sie sich zeigt, ist ihre Verbreitung ganz gleichmässig. Neben einer stark heimgesuchten Insel befindet sich eine andere, wo die Krankheit nicht vorkommt; neben Orten und Gebieten, die als Lepraherde bezeichnet werden, liegen vollkommen freie Bezirke. Dabei ist auf der Weltkarte wie in einzelnen von der Lepra heimgesuchten Ländern die Erscheinung ersichtlich, dass die Seuche von grossen und kleinen Centren hauptsächlicher Verbreitung aus bald sich in Ausläufern in die Umgebung fortsetzt, bald allmälich im Umkreise abnimmt. Oft ist ein Zusammenhang zwischen früher betroffenen und neuerdings heimgesuchten Gebieten schon aus der geographischen Vertheilung der Krankheit unverkennbar. In allen diesen Thatsachen findet die Auffassung eine Stütze, nach welcher die Lepra eine durch Vermittelung des menschlichen Verkehrs fortschreitende Infectionskrankheit ist.

Die Lepra in Bosnien und der Herzegovina.

Von

Isidor Neumann in Wien.

Im Jahre 1890 wurde ich von Seiner Excellenz dem Herrn Minister von Kállay mit der Mission betraut, Bosnien und die Herzegovina zu bereisen, um das Vorkommen und die Verbreitung endemischer Hautkrankheiten, zumal der endemischen Syphilis (Frenjak) zu studiren und eventuelle Massnahmen zur Bekämpfung dieser Erkrankungen vorzuschlagen.

Gelegentlich dieser Reise war es, dass ich zum ersten Mal das Vorkommen der Lepra in Bosnien constatiren konnte. In Srebrenica befand sich unter den vielen mir daselbst vorgestellten Kranken ein 20jähriger Hirte, Sejdo Sejdinovic, Mohamedaner, in Hrucic wohnhaft. Derselbe bot das typische Bild der tuberösen Lepra, und zwar die charakteristische Entstellung des Gesichtes durch Knotenbildung und Infiltration, Fehlen der Augenbrauen, Wulstung und bläuliche Verfärbung der Lippen, schiefergraue Verfärbung, Schwellung, Knotenbildung an der Haut der Extremitäten, sowie partielle Anaesthesien.

Begreiflicherweise wendete ich nach der Festellung des ersten Leprafalles dem Vorkommen der Krankheit im Lande meine weitere Aufmerkung zu, und es gelang mir 8 Fälle schon bei meiner ersten Reise in Bosnien nachzuweisen.

Nachdem das Vorkommen der Lepra constatirt war, wurde von Seite der Regierung die eingehende Erforschung bezüglich der Verbreitung der Krankheit im Lande den Sanitätsorganen aufgetragen. Die weitere Erforschung wurde durch photographische Aufnahmen, gleichwie durch die Benützung übersichtlich angeordneter Fragebogen behufs Abfassung der Krankengeschichten wesentlich gefördert.

Von den Sanitätsorganen des Landes waren es zuvörderst der Landessanitätsreferent Regierungsrath Dr. Unterlugauer, welcher die Erforschung der Lepra wesentlich förderte, dann namentlich Kreisarzt Dr. Duller in D. Tuzla, Kreisarzt Dr. Zauderer in Travnik, Kreisarzt Dr. Corinaldi in Mostar, ferner Districtsthierarzt Dr. Gaudia in Vlasenica sowie Regimentsarzt Dr. Arnstein in Zvornik, welche kurz nach meiner ersten Reise das Vorkommen weiterer Leprafälle constatirten. Neue Fälle wurden später ausser von den Genannten auch von Dr. Mayer in Kladanj und Primarius Dr. Glück in Sarajevo constatirt.

Im Jahre 1893 ging ich zum zweiten Male im amtlichen Auftrage

nach Bosnien und hatte Gelegenheit vorwiegend Fälle aus Rogatica, Foca und Visegrad unter Intervention des Landessanitätsrathes Dr. Unterlugauer und des damaligen Kreisarztes Dr. Glück zu untersuchen und 11 neue Leprafälle zu constatiren.

Nur dadurch, dass die im Lande wirkenden Aerzte gleichwie die politischen Behörden sich mit dem Krankheitsbilde der Lepra genügend vertraut gemacht hatten, war es möglich, dass schon Ende des Jahres 1896 eine ganz verlässliche Statistik dem hohen Ministerium vorgelegt werden konnte, welche 84 Fälle enthielt.

Weiteres Material brachte meine dritte Reise nach Bosnien (Frühjahr 1897), welche sich auf den Kreis Bihac und den an der montenegrinischen Grenze gelegenen Theil der Herzegovina, die Districte Gacko, Nevesinje, Bilek und Trebinje erstreckte. Auch hier wurden mehrere neue Fälle nachgewiesen.

Das derzeit vorliegende statistische Material umfasst 133 mit Sicherheit constatirte Fälle.

Ausser den von mir selbst, sowie von den bereits früher erwähnten im Lande thätigen Aerzten nachgewiesenen Fällen, betheiligten sich an dem Nachweise von Leprafällen noch die Districtsärzte Dr. Gatzinski (Rogatica), Dr. J. Katz (Srebrenica), Dr. Galanthay (Prozor), Dr. Braun (Fojnica), Dr. Pordes (Jablanica), Dr. Marowski (Wisegrad), Dr. Söllner (Jajce), Dr. Bauer (Livno), Dr. Thomowicz (Nevesinje), Dr. Bleicher (Visoko), Dr. Fogler, Dr. Hansel, Dr. Brauer, Dr. Dorner, Dr. Gaudia, Dr. Gabinsky, Dr. Fischer, Dr. Mayer (Kladany), Dr. Kudas (Kladany), Dr. Löwy (Gacko), Frau Dr. Krajewska (Prozor).

Ausser jenen Fällen, die ich in den von mir bereisten Districten vorfand, hatte ich auch Gelegenheit, eine Reihe von Leprafällen im Landesspitale in Sarajevo zu untersuchen.

Es ist anzunehmen, dass die bisher constatirte Zahl von 133 Fällen durch weitere Untersuchungen kaum mehr beträchtlich vermehrt werden wird, soweit die christliche und die männliche mohamedanische Bevölkerung in Betracht kommt; anders verhält es sich bei der weiblichen mohamedanischen Bevölkerung, welche der ärztlichen Untersuchung schwer zugänglich ist, und daher die Möglichkeit vorhanden erscheint, dass einzelne Fälle von Lepra in diesem Bevölkerungskreise der Untersuchung entgingen.

Wenn man die geographische Vertheilung der bisher constatirten Leprafälle ins Auge fasst, so ergiebt die Statistik diesbezüglich folgende Resultate:

Kreis Sarajevo.

Bezirk	Rogatica . . .	22	Fälle.
„	Foca	9	„
„	Visegrad . . .	8	„
„	Sarajevo . . .	7	„
„	Visoko	6	„
„	Fojnica	4	„
„	Cajnica	1	„
	Sa.	57	Fälle.

Kreis Travnik.

Bezirk	Prozor	10 Fälle.
„	Bugojno . . .	5 „
„	Zenica	2 „
„	Jajce	4 „
„	Travnik . . .	4 „
„	Zepce	1 „
	Sa.	26 Fälle.

Kreis Mostar.

Bezirk	Gacko	14 Fälle.
„	Konjica . . .	7 „
„	Nevesinje . . .	2 „
„	Ljubuski . . .	1 „
„	Trebinje . . .	4 „
„	Bilek	1 „
	Sa.	29 Fälle.

Kreis D. Tuzla.

Bezirk	Srebenica . . .	5 Fälle.
„	Zvornik . . .	4 „
„	D. Tuzla . . .	4 „
„	Vlasenica . . .	6 „
	Sa.	19 Fälle.

Kreis Banjaluka.

Bezirk	Kotor-Varos . .	2 Fälle.

Zusammen 133 Fälle.

Es finden sich demnach die meisten Fälle in den beiden Kreisen Sarajevo und Mostar, dann folgen die beiden Kreise Travnik und D. Tuzla mit der gleichen Anzahl von Fällen, die geringste Anzahl weist der Kreis Banjaluka auf. Unter den Districten steht hinsichtlich der Zahl der Leprafälle der Bezirk Rogatica im Kreise Sarajevo an erster Stelle, dann folgt der Bezirk Gacko im Kreise Mostar, andererseits ist eine ganze Reihe von Bezirken mit nur sporadischem Vorkommen von Lepra (1 bis 2 Fälle) vorhanden.

Die geographische Vertheilung zeigt, dass im Allgemeinen die von dem Hauptverkehr mehr abgelegenen Districte, besonders die an der serbischen und montenegrinischen Grenze gelegenen, relativ die grösste Zahl der Leprafälle aufweisen.

Dem Geschlechte nach vertheilen sich die Leprafälle folgendermassen:

männlich . . .	116 Fälle,
weiblich . . .	16 Fälle.

Demnach übertrifft die Zahl der männlichen Leprakranken die der weiblichen um das Siebenfache.

Der Confession nach vertheilen sich die Leprafälle wie folgt:

Mohamedaner	61	Fälle
Orientalisch-Orthodoxe .	50	„
Katholiken	22	„

Am stärksten ist hinsichtlich der absoluten Zahl der Fälle die mohamedanische, um etwas weniger die orientalisch-orthodoxe, am wenigsten die katholische Bevölkerung an der Lepraerkrankung betheiligt.

Hinsichtlich des Alters lassen sich die Leprafälle in folgender Weise gruppiren:

1— 5	Jahre	0	Fälle
6—10	„	3	„
11—16	„	8	„
16—20	„	27	„
21—25	„	16	„
26—30	„	23	„
31—35	„	14	„
36—40	„	14	„
41—45	„	2	„
46—50	„	12	„
51—55	„	1	„
56—60	„	2	„
61—65	„	4	„
66—70	„	0	„
über 70	„	1	„

In 6 Fällen ist das Alter nicht sichergestellt.

Der Vergleich der einzelnen Altersklassen zeigt, dass die grösste Zahl der Fälle in die Altersklasse von 16—20 Lebensjahre fällt, im Ganzen steht die grosse Mehrzahl der Leprakranken im 16. bis 50. Lebensjahre, demnach in den Stufen des kräftigsten Lebensalters, gering ist die Zahl der an Lepra erkrankten Kinder und Greise. Diese Erfahrungen decken sich im Allgemeinen mit den auch sonst in Ländern, wo die Lepra vorkommt, gemachten Beobachtungen.

Der Beschäftigung nach finden sich unter den Leprakranken:

Bauern (Landleute, Grundbesitzer, Bäuerinnen, Bauernsöhne und -Töchter, Knechte und Mägde etc.)	117	Fälle
Krämer	1	„
Teppichweber	1	„
Taglöhner	6	„
Strassenräumer	1	„
Hirt	5	„
Schmidt	1	„
ohne Beschäftigung } Zigeunerin }	1	„

Ein Blick auf diese Tabelle zeigt, dass die weitaus grösste Mehrzahl der Leprakranken der ackerbautreibenden Bevölkerung angehört und dass Angehörige anderer Berufsarten nur in verschwindend kleiner Anzahl an der Lepra participiren.

Dieses Verhältniss ist leicht erklärlich, da eben die überwiegende Zahl der Bevölkerung des Landes dem Bauernstande angehört.

Von besonderer Wichtigkeit und hohem wissenschaftlichem Interesse ist die Vertheilung der Leprafälle im Hinblick auf die Krankheitsform. Wir unterscheiden bekanntlich zwei Hauptformen der Lepra, die Knotenlepra (L. tuberosa) und die Nervenlepra (L. anaesthetica), die von einzelnen Autoren aufgestellte Mischform Lepra mixta (Lepra tuberoso-anaesthetica) hat keine Berechtigung als selbständige Krankheitsform.

Unter 117 Fällen, von denen ausführliche Krankengeschichten vorliegen, befinden sich:

Lepra tuberosa . .	104 Fälle	=	72,3 pCt.
„ anaesthetica .	29 „	=	27,7 „

Es besteht demnach das Häufigkeitsverhältniss zwischen Lepra anaesthetica und Lepra tuberosa etwa wie 1:4, es stimmt dies insofern mit den sonst in Lepraländern festgestellten Zahlen, als fast überall die grössere Häufigkeit der Knotenform der Lepra angegeben ist, allerdings ist die Verhältnisszahl bei verschiedenen Autoren verschieden angegeben.

Unter den bisher bekannten Fällen sind seit dem Nachweis der Lepra im Lande (1890) 32 Fälle bereits verstorben.

Im b.-h. Landesspitale sind seit Eröffnung desselben i. e. seit 1. Juli 1894 bis 31. August 1897 folgende acht Leprakranke verstorben:

1. Nedjo Turtula. Aufgenommen am 1. Juli 1894. Gestorben am 7. Februar 1897 (24 Jahre alt).

Diagnose: Lepra tuberosa.

Krankheitsdauer 15 Jahre.

Todesursache: Oedema pulmon. acutum.

Pathologisch-anatomische Diagnose: Lepra tuberosa et ulcerosa cutis imprimis extremitatum, pharyngis, cavi narium, laryngis et tracheae. Lymphadenitis leprosa gland. lymph. Pericarditis serofibrinosa et haemorrhagica acuta. Pleuritis serofibrinosa sin. incipiens. Degeneratio adiposa musculi cordis. Hyperaemia et degeneratio adiposa hepatis, Hyperaemia passiva et hypertrophia renum. Tumor lienis chron. hyperplasticus. Bronchitis diffusa, Pneumonia catarrh. lobi medii pulm. dextri. Oedema acut. pulm. Panophthalmitis chronica leprosa oculi utriusque (Dr. Wodynski)."

2. Salih Zubovic. Aufgenommen am 6. Juli 1894. Gestorben am 11. Februar 1895 (32 Jahre alt).

Diagnose: Lepra tuberosa.

Krankheitsdauer 9 Jahre.

Todesursache: Oedema acutum pulm. utriusque.

Pathologisch-anatomische Diagnose: Lepra tuberosa exulcerans et cicatrisans cutis praecipue extremit., nasi, linguae, pharyngis, laryngis et tracheae, Neuritis leprosa nervorum brachii et antibrachii utriusque. Lymphadenitis chronica praecipue glandul. cruralium et inguinalium. Bronchitis chronica diffusa, Peribronchitis nodosa partim discret. Emphysema marginale, Oedema acut. pulm. utriusque. Myocarditis fibrosa dispersa. Tumor lienis chron. Phlegmone diffusa

textus cellulosi subcutanei et intermuscul. atque Gonitis suppurativa acuta dextra. Marasmus (Dr. Wodynski).

3. Anna Simunovic. Aufgenommen am 26. September 1894. Gestorben am 19. August 1895 (25 Jahre alt).

Diagnose: Lepra tuberoso-anaesthetica.

Krankheitsdauer 8 Jahre.

Todesursache: Pneumonia catarrhalis acuta.

Pathologisch-anatomische Diagnose: Lepra tuberosa exulcerans et cicatrisans cutis imprimis extremitatum et faciei, tum pharyngis, laryngis et tracheae. Keratitis leprosa cicatrisans oculi utriusque. Neuritis leprosa nervorum extrem. superior. Lymphadenitis chronica glandularum inguinal. et axillarium. Tumor lienis chron. Myocarditis fibrosa disseminata praestans et Degeneratio adiposa musculi cordis. Pneumonia catarrh. lobularis acuta partium poster., Oedema pulm. acutum. Hymen septus (Dr. Wodynski).

4. Jovan Tepavcevic. Aufgenommen am 12. November 1894. Gestorben am 5. Februar 1896 (22 Jahre alt).

Diagnose; Lepra tuberosa.

Krankheitsdauer 6 Jahre.

Todesursache: Bronchopneumonia catarrh. acuta.

Pathologisch-anatomische Diagnose: Lepra tuberosa exulcerans et cicatrisans cutis faciei et extremitatum, labiorum, cavi oris, pharyngis et laryngis cum stenosi laryngis. Lymphadenitis leprosa glandul. inguinal. axillar. cubital. et submaxill. Neuritis leprosa nervor. extrem. super. Bronchitis diffusa, Bronchopneumonia catarrh. acuta, maxime partis lobi infer. pulmon. dextri et dispersa pulm. sin. Emphysema et Oedema acut. pulmonum. Hypertrophia excentrica cordis dextri, Degeneratio adip. musculi cordis. Tumor lienis chronicus. Marasmus (Dr. Wodynsky).

5. Jovo Juric. Aufgenommen am 20. Januar 1895. Gestorben am 17. December 1895 (29 Jahre alt).

Diagnose: Lepra tuberosa.

Krankheitsdauer (bis zum Tode gerechnet) 4 Jahre.

Todesursache: Oedema acutum pulmon.

Pathologisch-anatomische Diagnose: Lepra tuberosa exulcerans et cicatrisans cutis faciei, extremit., labior., cavi oris, pharyng. et laryng. Lymphadenitis lepr. glandul. inguinal. axill. cubital. et submaxill. Neuritis leprosa levioris gradus nerv. extrem. super. Bronchitis chron. diffusa, Bronchopneumonia catarrh. lobul. incip. loborum infer. Emphysema et Oedema acut. pulm. Hypertrophia cordis. Tumorlienis chron. Degeneratio adip. hepatis et renum. Hyperaemia passiva mening. et cerebri. (Dr. Wodynski).

6. Gjoko Utanda. Aufgenommen am 16. December 1895. Gestorben am 10. Juni 1896 (21 Jahre alt).

Diagnose: Lepra tuberoso-anaesthetica.

(NB. Nach einer in meinem Besitze befindlichen Photographie aus dem Jahre 1890, bot der Pat. nur die Erscheinungen der Lepra anaesthetica dar. Knoten sind erst 3 Jahre vor dem Tode hinzugetreten.)

Krankheitsdauer 12 Jahre.

Todesursache: Marasmus.

Pathologisch-anatomische Diagnose: Lepra tuberosa cicatrisans cutis praecipue extremitat., faciei, nasi, linguae, pharyngis et laryngis atque bulbi oculi utriusque. Neuritis leprosa nerv. extrem. super. gradus levioris. Lymphadenitis

chron. hyperplastica et tuberculosa gland. inguin., cubit., axill., bronchial, mesaraic. et retroperitoneal. Peribronchitis tubercul. nodosa lobor. super., Pneumonia catarrh. lobul. praecipue lobi infer. pulm. dextri, Oedema acut. pulm. utriusque. Tumor chron. et tuberculosis nodosa incip. lienis. Enteritis follicul. ulcerosa chron. intest. crassi. Decubitus et Marasmus (Dr. Wodynski).

7. Begija Mujicic. Aufgenommen am 23. Februar 1896. Gestorben am 17. Juni 1897 (20 Jahre alt).

Diagnose: Lepra tuberoso-anaesthetica.

Krankheitsdauer 8 Jahre.

Todesursache: Pneumonia catarrh. acuta. Marasmus.

Pathologisch-anatomische Diagnose: Lepra tuberosa exulcerans et cicatrisans cutis faciei extremitat., labiorum, cavi oris, linguae, pharyngis, laryngis et tracheae. Lymphadenitis leprosa gland. inguin., submaxill. cubital. axillar. partim quoque mesaraic. Neuritis leprosa lev. gradus nervor. extremit. superior. Bronchitis chron. et Bronchopneumonia catarrh. acuta pulm. praecipue lobi infer. pulm. dextri, atque Oedema acut. pulm. Lepromata miliaria dissem. hepatis. Tumor chron. et Lepromata miliar. lienis. Uterus infantilis, Hymen annularis. Marasmus. (Dr. Wodynski).

8. Gajo Mihajlovic. Aufgenommen am 19. August 1896. Gestorben am 6. April 1897 (21 Jahre alt).

Diagnose: Lepra tuberosa.

Krankheitsdauer 12 Jahre.

Todesursache: Suffocatio ex stenosi laryngis.

Pathologisch-anatomische Diagnose: Lepra tuberosa exulcerans et cicatrisans cutis faciei et extremit., linguae, pharyng. et laryngis. Lymphadenitis tuberculosa (caseosa) insignis glandul. lymphat. colli. Bronchitis chron. diffusa, Emphysema marginale, Oedema acutum pulmon. utriusque. Hypertrophia excentrica cordis dextri. Ecchymoses haemorrhagicae pleurar. et pericardii. Hyperaemia passiva et Degeneratio adiposa hepatis. Tumor lienis acutus. Tracheotomia propter stenosim laryngis sub finem vitae tentata (Dr. Wodynski).

Unter den 38 bis Ende August d. J. im Spitale verpflegten Leprakranken waren 9, also beiläufig 24 pCt. mit Lepra anaesthetica behaftet. Es waren dies die Kranken:

1. Jure Kreso. Kind, 4 Jahre. Verkehr mit Leprösen nachgewiesen. Im Spitale mehrfache Blasenbildungen unter Fiebererscheinungen. Keine Bacillen im Blute, Bacillenbefund im Blaseninhalte gleichfalls negativ. Caries des Halux.

2. Pero Rajii. Kind, 4 Jahre. Verkehr mit Leprösen nachgewiesen. Schwund der Finger beiderseits bis auf die Daumen. Verdickung der Nn. ulnares. Scharfrandige tiefe Geschwüre an beiden Fusssohlen. Nachschübe unter Blasenbildungen. Blut und Blaseninhalt enthalten keine Bacillen.

3. Dervisbeg Pasic. Kind, 4 Jahre. Wohlhabend. Anamnese negativ. Geschwüre an den Fusssohlen. Verdickung beider Nn. ulnares.

4. Osman Kuljanin. Kind, 4 Jahre. Anamnese negativ. Nn. ulnares verdickt. Mutilationen. Keine Bacillen im Blute.

5. Zajmil Kustovic. Kind, 4 Jahre. Anamnese negativ. Defecte der Zehen beiderseits. Geschwüre der Fusssohlen, Nn. ulnares verdickt. Nachschub unter hohem Fieber (40,2 °C.) mit Blasenbildungen. Bacillenbefund negativ.

6. Drenic Mijo. Kind, 14 Jahre. Anamnese negativ. Ectropium des Unterlides. Hochgradige Mutilationen an Händen und Füssen. Im Spitale unter

länger andauerndem Fieber Uebergang in Lepra tuberosa beobachtet. Nn. ulnaris verdickt.

7. Drenic Ilija. Kind, 3 Jahre. Jüngerer Bruder der Mijo (No. 6). Nn. ulnares verdickt, Geschwüre an beiden Plantae (Photogramm). Im Geschwürsbelag keine Bacillen.

8. Anto Trogelic. Kind, 11 Jahre. Nn. ulnares verdickt. Exstirpirte Cubitaldrüse keine Bacillen.

9. Luka Blagojevic. Kind, 10 Jahre. Vater vor 14 Jahre, Schwester vor 1 Jahre an Lepra gestorben. Nn. ulnares verdickt. Geschwüre an den Fusssohlen.

NB. Sämmtliche Pat. boten Schwund des Thenar und der Interossei, ausgedehnte Anästhesien, Mutilationen und Morphea dar, so dass die Diagnose „Lepra anaesthetica" zweifellos war. Beachtenswerth ist das seltene Vorkommen der Lähmung des N. infraorbitalis. Geschwüre an den Fusssohlen wurden auch bei Lepra tuberosa mehrfach beobachtet.

Wenn man erwägt, dass bei der Lepra tuberosa die mittlere Krankheitsdauer 20 bis 30 Jahre, bei der Lepra anaesthetica noch länger beträgt, so erscheint die Mortalität der Leprösen, wie sie in Bosnien vorliegt, als eine relativ hohe. Allerdings wäre zu constatiren, wie viele von diesen Leprösen anderen Krankheiten erlagen.

Es fragt sich nun, in wie weit die bisher in Bosnien constatirten Fälle von Lepra tuberosa und Lepra anaesthetica den anderweitig beobachteten Krankheitsbildern entsprechen. Bezüglich der Lepra tuberosa lässt sich feststellen, dass sie keine auffälligen Abweichungen von dem in anderen Lepraländern constatirten Krankheitsbilde zeigt. Man findet hier die knotigen blaurothen bis schiefergrauen Infiltrate im Gesicht, an den Ohren, am Stamm, an den Extremitäten, namentlich an den Händen, begleitet von Geschwürsbildung, Nekrotisirung einzelner Phalangen, sowie ganzer Finger und Zehen. Ebenso werden an den sichtbaren Schleimhäuten, sowie im Larynx Lepraknoten vorgefunden. Auch Augenaffectionen (Iridocyclitis leprosa) sind häufig. Eine fast ständige Erscheinung im Krankheitsbilde sind Anästhesien verschiedenen Grades und verschiedener Ausdehnung. Diese Anästhesien sind es, welche zur Aufstellung des Krankheitsbildes der Lepra mixta (tuberoso-anaesthetica) führten; diese Sonderung einer eigenen Krankheitsform ist, wie bereits erwähnt, eine überflüssige, die Uebersicht der Fälle nur hindernde. Das für Lepra tuberosa Charakteristische liegt in dem Auftreten der specifischen Neubildung (Lepraknoten) in der Haut, den sichtbaren Schleimhäuten etc. Die Anästhesie tritt häufig als Begleiterscheinung der Lepra tuberosa auf, aber berechtigt noch nicht, einen solchen Fall der Lepra anaesthetica anzugliedern, da diese in ihrer reinen Form eine ganze Reihe anderweitiger charakteristischer Symptome aufweist.

Was nun die Lepra anaesthetica anlangt, so sind die hierher gehörigen Fälle relativ selten. Auch sie entsprechen im Ganzen und Grossen dem typischen Bilde, wie es in neuerer Zeit Hansen und Looft (1894), ferner Bergmann (1897) in ihren einschlägigen Monographien dargestellt haben.

So finden wir bei unseren Fällen von Lepra anaesthetica die charakteristischen Hautflecke, die trophischen und vasomotorischen Stö-

rungen der Haut, unter Anderem Hyperkeratosen namentlich an den Unterschenkeln, Fuss- und Handrücken, die trophischen Veränderungen an den Nägeln, die Eruption von Pemphigusblasen, weiter die Lähmung des Musculus orbicularis oculi, die mit Parese einhergehende Atrophie, an Thenar, Antithenar, Musculi interossei, die fühlbare Verdickung der Nervenstämme, namentlich Medianus und Ulnaris, die rheumatoiden und neuralgiformen Schmerzen, die hochgradigen Anästhesien; die feinere Vertheilung der Sensibilitätsstörungen, namentlich das Vorhandensein von Dissociation der Empfindungsqualitäten, konnte bei der meist geringen Intelligenz der Kranken nicht mit wünschenswerther Geauigkeit festgestellt werden; ebenso begegnen wir den charakteristischen Mutilationen an den distalen Theilen der Extremitäten, sowie den tiefgreifenden, hartnäckigen Ulcerationen, die ihren Sitz an den Fusssohlen haben. Man kann demnach feststellen, dass sich das Bild der Lepra anaesthetica in seinen Hauptzügen mit dem zuerst von Danielssen aufgestellten Bilde der Lepra maculo-anaesthetica deckt und auch den Schilderungen entspricht, wie sie in den bereits erwähnten, der neuesten Zeit angehörigen Darstellungen von Hansen und Looft[1]), sowie A. v. Bergmann[2]) gegeben sind. Einzelne Abweichungen konnten allerdings festgestellt werden; so geben Hansen und Looft an, dass bulloide Eruptionen an den Schleimhäuten niemals beobachtet wurden, während ich selbst bei einzelnen Fällen von Lepra anaesthetica dieselben zu beobachten in der Lage war.

Anlangend die Diagnose der in Bosnien beobachteten Lepraformen, ist bei der Lepra tuberosa nur bei oberflächlicher Betrachtung eine Verwechslung mit endemischer Syphilis, sowie anderweitigen mit Knoten und Geschwürsbildung einhergehenden Affectionen möglich, aber der meist leicht zu gewinnende Nachweis der Leprabacillen löst die diagnostischen Schwierigkeiten leicht, während bei der Lepra anaesthetica die Dinge nicht so einfach liegen und bezüglich der Abgrenzung dieser Krankheitsform gegenüber anderen gleichfalls mit Sensibilitätsstörungen, trophischen Störungen der Haut und Geschwürsbildung einhergehenden Affectionen noch ein vielfacher Widerstreit der Meinungen herrscht. Die Krankheiten, die bei der Diffentialdiagnose der Lepra anaesthetica in Betracht kommen, sind: Syringomyelie, Maladie de Morvan, Sklerodermie, Aïnhum. Es giebt Autoren, welche die Identität von Lepra anaesthetica mit allen hier aufgezählten Krankheiten behaupten, vor Allen Zambaco Pascha, auch Dühring (D. med. Wochenschr. 1894, No. 6) nimmt an, dass das klinische Bild meistens mit Syringomyelie und Maladie de Morvan sich vollständig deckt und dass die bei Lepra beobachteten Nervensymptome nicht durchaus rein peripheren Ursprungs sind. Marestang (Journ. des mal. cut. et syph. 1893, p. 661) giebt eine Aehnlichkeit zwischen Lepra, Syringomyelie und Morvan'scher Krankheit zu, betont jedoch ausdrücklich das Vorhandensein klinischer und anatomischer Differenzen, so dass von einer Identität nicht gesprochen werden kann. Eulenburg (D. med. Wochenschr. 1894,

1) Die Lepra vom klinischen und pathologisch-anatomischen Standpunkte. Bibl. med. D.II. H. 2. 1894.

2) Die Lepra. Deutsche Chirurgie. 1897.

No. 21) zählt die mit partieller Anästhesie einhergehenden Formen von Sklerodermie zur Lepra. Ehlers (Hospit. Tid. 1894, No. 41 u. 42) steht auf Grund seiner in Island angestellten Beobachtungen auf dem Standpunkte dass bei Leprösen Krankheitsbilder vorkommen, die sich von Syringomyelie und Maladie de Morvan nicht unterscheiden lassen, hält auch mit Zambaco Lepra und Morvan'sche Krankheit für identisch, stellt dagegen die Identität zwischen Lepra und Syingomyelie entschieden in Abrede. In einer späteren Publikation (Derm. Zeitschr. Bd. III, H. 3, 1896) steht derselbe Autor auf dem Standpunkte, dass Lepra und Morvan'sche Krankheit nicht identisch sind. Es ist auch der Versuch unternommen worden, die Lehre von der Identität der Lepra und Syringomyelie auf bacteriologischer Grundlage aufzubauen. Hierher gehören die Befunde von Camara Pestana und Bettencourt in Lissabon (Centralbl. f. Bact. u. Parasitenk. 1896, No. 18, 19), welche in einer Syringomyeliehöhle Leprabacillen nachgewiesen haben. Auch citirt Ehlers einen Befund von Pitres, der gleichfalls in einer Rückenmarkshöhle bei Syringomyelie Leprabacillen gefunden haben will. Diesen positiven, auf die Identität der Lepra anaesthetica mit den genannten Krankheiten des Nervensystems hinweisenden Angaben, stehen andere gegenüber, die sich durchaus im negativen Sinne äussern. So erklärt Neisser die Angaben Zambaco's bezüglich der Identität von Lepra und Syringomyelie zum mindesten als übertrieben. Hansen (Sem. méd. 1893, No. 36) stellt den Zusammenhang zwischen Syringomyelie und Lepra entschieden in Abrede. Ueberhaupt steht wohl, von den Vertretern der absoluten Identitätslehre abgesehen, die Mehrzahl der Autoren auf dem Standpunkte, dass typische Fälle von Lepra anaesthetica von typischen Fällen von Syringomyelie beziehungsweise Morvan'scher Krankheit ohne besondere Schwierigkeiten unterschieden werden können. Anders steht jedoch die Sache bezüglich der differentialdiagnostischen Schwierigkeiten bei jenen Fällen, die eben nicht den voll entwickelten Krankheitstypus aufweisen. Hier kann die Entscheidung thatsächlich mit grosser Schwierigkeit verbunden sein. Nur so ist es zu erklären, dass Leloir (Arch. f. Derm. 1893) Fälle aus Paris und Nordfrankreich mit Mutilationen der Fingerglieder, Sensibilitätsstörungen etc. beschreibt, von denen er angiebt, dass man sie, falls sie in einem Lepraland zur Beobachtung gelangen würden, ohne Weiteres zur Lepra rechnen möchte. Mit Rücksicht auf den Ort des Vorkommens lässt Leloir die Frage nach der Natur dieser Erkrankungen offen und giebt die Möglichkeit zu, dass es sich um Reste jener Lepra handelt, welche im Mittelalter Frankreich in so intensiver Weise heimsuchte. Der Versuch Galewski's, durch Aufstellung einer sogenannten leproiden Trophoneurose diese Schwierigkeiten zu umgehen, ist nur ein Beweis dafür, dass man diese Fälle noch nicht im nosologischen System unterbringen kann, sowie überhaupt durch Schaffung neuer Krankheitsnamen differentialdiagnostische Schwierigkeiten wohl umgangen, aber nicht in Wirklichkeit beseitigt werden können. Solche zweifelhaften Fälle können unseres Erachtens nur durch den positiven Bacillenbefund als thatsächlich zur Lepra gehörig erkannt werden, ein negativer Bacillenbefund ist eben nach keiner Richtung hin beweisend.

Hansen und Looft geben in ihrer grossen Monographie über die Lepra vom klinischen und pathologisch-anatomischen Standpunkt (Bibliotheca medica 1894) aus an, dass die Lepra in ihren späteren Stadien mit der Syringomyelie verwechselt werden kann, dass jedoch der Nachweis von Flecken in jedem Fall von Lepra maculo-anaesthetica gelingt und so bei genauer Untersuchung vor der Verwechslung schützt.

A. v. Bergmann (Deutsche Chirurgie 1897) betont nachdrücklich, dass die mit Mutilation, Sensibilitätsstörungen und Muskelatrophie einhergehenden Erkrankungen nicht schon deswegen allein mit Lepra zusammengeworfen werden dürfen. Zwischen Lepra und Syringomyelie ist die Differentialdiagnose dadurch ermöglicht, dass bei Syringomyelie blasenförmige Hauteruptionen nur vereinzelt und spärlich auftreten, bei Lepra reichlichere und grössere Blasen. Narbenkeloide und hypertrophische Narben werden bei Lepra nicht angetroffen. Von der Morvanschen Krankheit unterscheidet sich die Lepra dadurch, dass bei letzterer Hände und Füsse gleichzeitig befallen werden, dass ferner die Erkrankung der Endglieder vom Knochen ausgeht, während sie bei der Morvan'schen Krankheit als Phlegmone der Weichtheile beginnt. Ebenso ist bei Lepra eine Nervenverdickung nachweisbar, welche bei Morvanscher Krankheit fehlt. Die bei Syringomyelie so häufige Dissociation der Empfindungsqualitäten fehlt bei Lepra und Morvan'scher Krankheit, doch giebt es eben Fälle von Syringomyelie, wo sie gleichfalls nicht vorhanden ist.

Diesen Ausführungen ist zu entnehmen, dass eben bei typischen Krankheitsbildern die Differentialdiagnose leicht zu stellen ist, dass jedoch bei atypischen Formen durch die angegebenen Momente die differentialdiagnostischen Schwierigkeiten nicht beseitigt werden. Als entscheidend kann nach unserem Erachten, wie erwähnt, nur der positive Nachweis von Leprabacillen verwerthet werden.

Nach H. Schlesinger sind Knoten, Ulcerationen, weisse analgetische Narben charakteristisch. Die Vertheilung der Sensibilitätsstörungen ist bei Syringomyelie mehr den Rückenmarksegmenten entsprechend, bei Lepra dagegen eine fleckförmige ungleichmässige. Gleichmässige Verbreitung der partiellen Empfindungslähmung spricht für Syringomyelie. Für Lepra sind ferner charakteristisch: Cilienausfall, Leontiasis, Druckempfindlichkeit der peripheren Nerven, dagegen spricht das Vorhandensein von Blasen- und Mastdarmstörungen für Syringomyelie. Die Panaritien zeigen bei Lepra und Syringomyelie keine wesentlichen Verschiedenheiten. Als wichtiges differential-diagnostisches Moment betrachtet er die Provenienz des betreffenden Falles aus einer Lepragegend.

Es ist aus der angeführten Literatur deutlich ersichtlich, dass die Frage der Differential-Diagnose zwischen der Lepra maculo-anaesthetica und anderen mit Sensibilitäts- und trophischen Störungen einhergehenden Erkrankungen noch nicht zu einem endgiltigen Abschluss gelangt ist, soweit eben die vom Typus abweichenden Krankheitsformen in Betracht kommen. Als absolut sicheren Beweis können wir nur den positiven Befund von Leprabacillen be-

trachten; dieser ist entscheidend für die Beurtheilung der Zugehörigkeit des betreffenden Falles. Hansen und Looft betonen, dass auch bei der Lepra maculo-anaesthetica der Nachweis von Bacillen in den leprösen Producten gelingt, doch sind speciell in den Hautflecken die Bacillen meist spärlicher, als in den Knoten bei Lepra tuberosa. Ueber Befunde von Bacillen in Nerven, die dem Lebenden excidirt wurden, berichten Arning, ferner Pitres; in beiden Fällen handelt es sich um Bacillenbefund im Ulnarnerven. Diese Befunde erheischen, dem Vorkommen von Leprabacillen in den Producten der Lepra anaesthetica weitere Aufmerksamkeit zuzuwenden.

Die in Bosnien beobachteten Fälle von Lepra maculo-anaesthetica zeigen fast durchweg das für diese Erkrankung als typisch beschriebene Krankheitsbild, so dass schon aus diesem Grunde differential-diagnostische Zweifel über die Natur der Erkrankung nicht leicht möglich sind. Eine genauere Analyse der Sensibilitätsstörungen war allerdings in mehreren Fällen kaum durchführbar, weil die Kranken nicht über die für detaillirte Angaben erforderliche Intelligenz verfügen. Aber es lassen die Mutilationen der Endglieder, die Hyperkeratosen, die tiefgreifenden Plantargeschwüre, die pemphigusartigen Eruptionen, die weissen Flecke, ferner die Ausbreitung der Muskelatrophie, Orbicularislähmung und Augenveränderungen keinen Zweifel darüber, dass wir es bei den in Bosnien von uns beobachteten Fällen mit typischer Lepra maculo-anaesthetica zu thun haben, wenn auch vorläufig in der Mehrzahl der Fälle die bacteriologische Begründung der Diagnose ausständig ist, sie ist aber unseres Erachtens für derart typische Fälle garnicht erforderlich. Besonders fällt der Umstand in's Gewicht, dass in Bosnien das endemische Vorkommen der Lepra zweifellos festgestellt ist, dass man also auch in solchen Fällen, welche mit Syringomyelie grosse Aehnlichkeit besitzen, was für unsere Fälle nicht recht gilt, mit viel grösserer Berechtigung Lepra annehmen kann.

Wir dürfen daher behaupten, dass die in Bosnien beobachtete Lepra durchaus in beiden Formen das für die Krankheit charakteristische Gepräge an sich trägt, und es sei noch eine Schilderung angeführt, welche ein Eingeborener Panto Skoka aus Ingovici von der Krankheit gab, die beweist, dass der Bevölkerung selbst das charakteristische Bild der Lepra bereits seit langem bekannt ist. Der Genannte schilderte die Krankheit mit folgenden Worten:

„Die Augenbrauen fallen aus, die Lidhaare fallen aus, im Gesichte brechen Knötchen hervor, so gross wie Erbsen oder selbst wie Haselnüsse, das Gesicht wird aufgedunsen, du kannst ihm vor Ekel nicht in's Auge blicken, die Krankheit befällt auch die Hände, welche gross werden und sich verfärben“.

Weiter beschrieb er die Leontiasis des Gesichtes („Debela“), die unheilbaren Geschwüre, den Verlust der Finger und Zehen.

Jedenfalls ist aus dieser Schilderung zu ersehen, dass der Mann die typische Form der Lepra tuberosa gut kannte. Derselbe erklärte ferner, dass er die Krankheit schon seit einer Reihe von Jahren kenne und mehrere Fälle dieser Art beobachtet habe.

Es erübrigt nun, die Aetiologie der Lepra in Bosnien zu erörtern.

Bekanntlich ist diese Frage noch keiner endgiltigen Lösung zugeführt und herrscht noch in den wichtigsten Punkten ein lebhafter Widerstreit der Meinungen. Seit der Entdeckung des Leprabacillus durch Hansen ist die Lepra als Infectionskrankheit fast allgemein anerkannt, während früher die verschiedensten anderen Momente, Klima, Nahrung, Lebensweise etc. als Ursache der Lepra angeschuldigt wurden. Wenn nun auch das nahezu constante Vorkommen des Leprabacillus in den specifischen Krankheitsproducten in neuester Zeit auch im Blute, im Schweiss und in dem Inhalte von Vesicatorblasen nachgewiesen wurde, so sind allerdings noch nicht alle Postulate, wie sie Koch für den Nachweis der specifischen Natur eines pathogenen Mikroorganismus aufstellte, bei der Lepra erfüllt. Es ist bisher weder die einwurfsfreie Reinzüchtung des Leprabacillus, noch auch die Uebertragung desselben auf den menschlichen oder thierischen Organismus gelungen. Thiere scheinen überhaupt, ebenso wie gegen Syphilis, auch gegen Lepra vollständig immun zu sein und die bisher an Menschen vorgenommenen Uebertragungsversuche haben kein einwurfsfreies Resultat ergeben. Mit Rücksicht auf das Misslingen der Reincultur und der Uebertragungsversuche hat man sich der Ansicht zugeneigt, dass die Leprabacillen in den Geweben überhaupt rasch absterben, was mit ihrer Bedeutung als specifische Krankheitserreger wenig übereinstimmen würde. Doch haben gerade die neuesten Untersuchungen, welche das Kreisen von Leprabacillen im circulirenden Blute, besonders nach Tuberculin-Injection sowie nach Jodkalium-Darreichung, ferner bei der Production frischer Nachschübe nachweisen, gezeigt, dass die Leprabacillen unter geeigneten Verhältnissen im Organismus mobil gemacht werden können, daher nicht im abgetödteten Zustand in den Geweben vorhanden sind. Im gleichen Sinne spricht der Nachweis von Bacillen in Schweiss und Vesicatorblasen.

Ebenso wie die Aetiologie ist auch der Verbreitungsmodus der Leprainfection noch nicht vollständig geklärt. Hier stehen sich die Ansichten vielfach schroff und unvermittelt gegenüber. Eine grosse Anzahl von Autoren vertritt die Anschauung, dass die Leprainfection nur auf dem Wege der Vererbung übertragen wird und stellt die Uebertragung durch Contagion durchaus in Abrede, während andererseits wieder zahlreiche Forscher die Contagiosität der Lepra durchaus in den Vordergrund stellen und die Bedeutung der Vererbung entweder völlig leugnen, oder derselben nur eine secundäre Rolle zuschreiben. Dieser Widerstreit der Meinungen beruht zum grossen Theil auf einer unrichtigen Würdigung der Beweismittel. Sowohl für die Frage der Heredität, als für die Contagiosität entscheiden nur die positiven Fälle. Auf Grund negativer Beobachtungen, des fehlenden Nachweises der Heredität oder nicht gelungener Uebertragung gewonnene Resultate können zur Entscheidung der Streitfrage nicht verwerthet werden und doch geschieht dies sehr häufig, und daraus lassen sich auch die Widersprüche erklären. Andererseits sind einwandfreie positive Beweise nur sehr schwer zu erbringen. Es ist die Heredität nicht mit Sicherheit erwiesen, selbst wenn z. B. mehrere Mitglieder derselben Familie an Lepra erkranken, da ja erst in einem solchen Falle die Möglichkeit

ausgeschlossen werden müsste, dass ein Mitglied der Familie die Krankheit von dem anderen durch Contagion erworben hat, dagegen ist der Nachweis der Uebertragung mittelst Contagion in mehreren Fällen mit Sicherheit erbracht. Man hätte das Recht, von absolut sicherer Vererbung dort zu sprechen, wo das Kind eines leprösen Vaters von der Geburt an von demselben vollständig isolirt in ein leprafreies Land gebracht wird und dort an Lepra nach einer Reihe von Jahren erkrankt, weil in einem solchen Falle der Einfluss der Contagion mit Sicherheit auszuschliessen wäre. Auch für den sicheren Nachweis der Contagion ist nur die Beobachtung in einem völlig leprafreien Lande entscheidend, wenn z. B. nach der Eiwanderung eines Leprösen in ein vollständig leprafreies Land andere Individuen, die mit dem Leprösen in irgend welchen Contact traten, gleichfalls an Lepra erkranken. Hier hat man wohl das Recht von sicherer Contagion zu sprechen, weil eben alle anderen Einflüsse, Heredität, Klima etc. ausgeschaltet werden können. Nur Beobachtungen dieser Art wären absolut beweisend. Die Durchsicht der Literatur, die im Laufe der letzten Jahre über diese Fragen erschienen ist, zeigt, dass thatsächlich einzelne verlässliche Beobachtungen vorliegen, die sowohl für die Heredität als für die Uebertragbarkeit von Individuum zu Individuum der Lepra sprechen. Negative Beobachtungen haben, wie erwähnt, keine Beweiskraft. Wenn auch noch so oft darauf hingewiesen wird, dass Lepröse von ganz gesunden Eltern abstammen können, dass unter Geschwistern bloss eines leprös wird, die anderen aber gesund bleiben, so spricht dies ebenso wenig gegen die Heredität, als der Hinweis, dass Personen, die jahrelang mit Leprösen im innigsten Contact lebten, trotzdem ihr ganzes Leben leprafrei blieben, gegen die Contagiosität spricht. Im Principe hebt hier eine sichere (positive) Beobachtung die Beweiskraft aller negativen Beobachtungen vollständig auf. Es ist auch zu erwägen, dass bei keiner Infectionskrankheit die Vererbung oder Contagiosität eine absolute ist. Wir sehen dies bei Syphilis, wo es oft genug vorkommt, dass syphilitische Eltern gesunde Kinder erzeugen, ebenso wie nicht jeder, der mit syphilitischem Virus in Contact geräth, ausnahmslos inficirt wird. Welche Ansicht steht nun am meisten mit den beobachteten Thatsachen im Einklang? Da betreffs der Contagiosität der Lepra einwurfsfreie Beobachtungen in kaum nennenswerther Anzahl vorliegen, so sind derzeit nur durch Analogie Schlüsse möglich. Es giebt nur eine Infectionskrankheit, bei welcher zwar das Virus vollständig unbekannt ist, dafür aber die Verbreitungswege der Infection mit grosser Klarheit zu Tage liegen — es ist dies die Syphilis. Wir sehen nun bei derselben, dass die Infection sowohl durch Vererbung als auch durch Uebertragung vermittelt wird. Wenn man nun erwägt, dass die Lepra in dieselbe pathologisch-anatomische Gruppe der infectiösen Krankheiten gehört, erscheint es sehr begründet, dass die Lepra sowohl durch Vererbung, als auch durch Contagion übertragen wird. Nur durch diese Annahme lassen sich die Widersprüche, die bisher bezüglich dieser Frage noch herrschen, in befriedigender Weise erklären und der Modus der Krankheitsverbreitung verstehen. Bekanntlich herrscht auch bei der Tuber-

culose noch ein heftiger Streit zwischen den Anhängern der Hereditäts- und Contagiositätslehre und auch hier ist die Wahrheit die, dass die Tuberculose sowohl durch Vererbung als durch Ansteckung übertragbar ist. Es steht fest, dass die Contagiosität der Lepra eine weitaus geringere ist, als die Contagiosität der Syphilis, da man ja thatsächlich sieht, dass Leute, die in jahrelangem innigem Contact mit Leprösen zusammenlebten, sehr oft von der Krankheit vollständig verschont blieben. Um dies zu erklären, müsste man die Frage der Disposition aufrollen, die aber auch noch ungelöst ist, jedenfalls darf man behaupten, dass die Disposition für Lepra geringer bezw. weniger verbreitet ist, als die für Syphilis.

Mit Rücksicht auf diese wichtigen Streitfragen wurde bei allen in Bosnien beobachteten Leprafällen auf eine möglichst genaue Aufnahme der Anamnese grosses Gewicht gelegt. So weit als es durchführbar war, wurden in jedem Falle Erkundigungen über den Gesundheitszustand der Eltern, der Geschwister, der Kinder, der Ascendenz sowie der Seitenverwandten eingezogen oder dieselben, soweit dies möglich war, direct auf ihren Gesundheitszustand untersucht. Selbstverständlich ist auf die directe Untersuchung der Angehörigen der Leprakranken das grösste Gewicht zu legen, da die blossen anamnestischen Angaben der Patienten mit Rücksicht auf deren niedrigen Bildungsgrad durchaus nicht zuverlässig erscheinen.

Die Nachforschungen bezüglich der Heredität ergaben bei der Mehrzahl der Fälle keine positiven Anhaltspunkte. Sowohl die directe Untersuchung der Angehörigen, als eingehende anamnestische Befragung ergaben in diesen Fällen, dass die Eltern des Patienten entweder leprafrei waren, oder die Krankheit nachweisbar später acquirirt wurde. Diesen negativen Fällen stehen solche gegenüber, wo entweder in der Ascendenz gleichfalls Lepraerkrankungen beobachtet wurden, oder mehrere Geschwister an Lepra erkrankt waren. Erkrankungen mehrerer Geschwister zeigen die Fälle Lipovac, Mitrasinovic, Becir, Drenic, Bosnic, Simunovic, Mujicic, Purcovic, Mihajlovic, Docic, Prando, ferner die Stiefgeschwister Stojanovic, Damjanac, sowie der Fall Lozancic, wo 5 Brüder vor 8—12 Jahren an Lepra gestorben sein sollen. Diese Fälle können aber für die Heredität nicht verwerthet werden, weil, so weit die Nachforschungen angestellt wurden, die Eltern dieser Geschwister leprafrei sind (theils durch directe Untersuchung nachgewiesen, theils anamnestisch erhoben) und sich ebenso in der Seitenverwandschaft keine Leprafälle nachweisen liessen. Angebliche Lepraerkrankung des Vaters findet sich bei den Fällen Mekic, Furtula, Mitrasinovic, Bjelakovic, Mujicic, Draganic, Janjic, Zigic, Pobric, Bajic, Lipovac, Radovanovic, Kesmer, Hrusto, Drenic, Lozancic, Marovic, Deslovic, Muratbegovic, Simunovic. Bei den Geschwistern Purkovic sollen angeblich der Vater an Lepra gelitten haben und ist die Mutter thatsächlich leprös. Hierher gehört auch der Lepröse Tepavcevic, dessen Mutter der Lepra erlegen ist. Lepra der Seitenverwandten findet sich in den Fällen Muratbegovic (angeblich 2 Onkel leprös), Stojanovic (Tochter der Stiefschwester leprös), Cukojevic (Frau des Grossvaters angeblich leprös). Die Unverlässlichkeit rein anamnestischer Angaben zeigt der

Fall Sivric, wo der Patient ursprünglich mit grosser Bestimmtheit behauptete, dass seine Mutter ebenfalls leprös gewesen sei, während er gelegentlich späterer Anamnese diese Angabe vollständig widerrief und es sich dann auch herausstellte, dass dieser Widerruf der früheren Angabe durchaus begründet war. Es fragt sich nun, wie weit die hier gewonnenen Ergebnisse für die Heredität der Lepra sprechen. Eine kritische Betrachtung zeigt, dass wohl in einzelnen Fällen die Möglichkeit bezw. Wahrscheinlichkeit einer erblichen Uebertragung gegeben erscheint, sich jedoch nirgends in völlig einwurfsfreier Weise behaupten lässt, da sich bei dem engen Zusammenleben der Familienglieder die Uebertragung durch Ansteckung nicht mit Sicherheit ausschliessen lässt. Es wurde bereits darauf hingewiesen, dass Heredität nur dann mit Sicherheit angenommen werden könnte, wenn ein Kind aus lepröser Familie sofort nach der Geburt von derselben isolirt in ein vollkommen leprafreies Land gebracht, später an Lepra erkrankt, weil dann eben alle anderen Einflüsse mit Sicherheit ausgeschlossen werden könnten. Es ist die Kenntniss der Krankheit in Bosnien noch zu neu, als dass man derzeit schon über absolut verlässliche Daten verfügen könnte, es ist jedoch kein Zweifel, dass die im Lande thätigen Aerzte, welche der Lepra besonderes Interesse widmen, und mit der Bevölkerung im innigen Contact stehen, im Laufe der Zeit verlässliche Daten über die Frage der Vererbung erlangen werden.

Ebenso, wie bei der Heredität, wurde bei der Erhebung der Anamnese auf den Nachweis der Contagiosität besonderes Gewicht gelegt. Hier sind die Resultate jedoch noch weniger einwurfsfrei. Es ist kaum denkbar, unter den Verhältnissen, wie sie in Bosnien vorliegen, die Infectionsquelle für jeden Fall mit Sicherheit nachweisen zu wollen. Für eine Reihe von Fällen liegt keine Angabe vor, dass sie mit Leprösen in Berührung gekommen seien, bei anderen allerdings ist Zusammenleben mit Leprösen, Benutzung von Kleidungsstücken und Gebrauchsgegenständen derselben, erwiesen, so z. B. wurde in der Anamnese des Leprösen Nikola Lugonja erhoben, dass derselbe seinerzeit viel mit Leprösen verkehrt und auch von dem Leprösen Marinko Popric in Visegrad ein Hemd gekauft hatte. Hier wäre auch der Fall Cukejevic anzuführen, wo die Angabe vorliegt, dass die Frau des Grossvaters, die bei der Geburt des Genannten Hebammendienste geleistet hatte, vor 20 Jahren der Lepra erlegen sei. Als Curiosum wäre noch die Angabe eines Kranken, Zubovic, anzuführen, der die Lepra durch den Verkehr mit einem an tertiäre Syphilis leidenden Kranken erworben haben will, eine Angabe, welcher auch der über den Fall referirende Kreisarzt beizupflichten geneigt ist. Doch muss auch hier der Einwurf erhoben werden, dass solche Beobachtungen nur in leprafreien Ländern absolute Beweiskraft besitzen. Auch haben bezüglich der Contagiosität die Nachforschungen an den Leprafällen in Bosnien ergeben, dass eine Ansteckung von Individuum zu Individuum oder mittelbar durch Gebrauchsgegenstände, durchaus möglich, bezw. wahrscheinlich ist, aber, eben niemals mit einer jeden Zweifel auschliessenden Sicherheit erwiesen werden konnte.

Wenden wir uns nun der Betrachtung aller jener Factoren zu,

welche früher, bevor die bacilläre Theorie der Lepra aufgestellt wurde, als ursächliche Momente der Erkrankung angesehen wurden und denen auch jetzt, je nach dem Standpunkt der Autoren, eine geringere oder grössere Bedeutung zugeschrieben wird. Solche sind tellurische, klimatische Momente, Raçe, Nahrung, Wohnung, Lebensweise etc. Während man in älterer Zeit die Gegenden der subtropischen und tropischen Regionen als Sitz der Lepra betrachtete, weiss man jetzt, dass die Krankheit nicht an bestimmte Regionen gebunden ist, sondern in allen Zonen vorkommt. Allerdings thatsächlich am häufigsten in den tropischen und subtropischen Regionen, ebenso aber auch in den nördlichen Regionen (Island, Norwegen) wie in der gemässigten Zone (Südeuropa). Eine specifische Bedeutung des Klima lässt sich demnach für die Lepra nicht nachweisen. Bosnien selbst ist zur Lepraregion der gemässigten Zone gehörig. Man hat auch auf das besonders häufige Auftreten der Lepra an Flussläufen und besonders an Meeresküsten sowie auf Inseln hingewiesen. Soweit Bosnien in Betracht kommt, stimmt das Vorkommen der Lepra daselbst nicht mit dieser Annahme überein. Bosnien ist ein gebirgiges Binnenland, und die Vertheilung der Leprafälle zeigt hier, dass dieselben durchaus nicht an die Flussläufe gebunden sind, sondern zahlreiche Fälle auch in Ortschaften vorkommen, die von den Flüssen weit entfernt gelegen sind.

Eine grössere Wichtigkeit, als diesen klimatischen und tellurischen Verhältnissen, wird den hygienischen Factoren, vor allem der Wohnung und Nahrung vindicirt. Fast alle Forscher stimmen darüber ein, dass ungünstige hygienische Verhältnisse für das Vorkommen und die Verbreitung der Lepra von grosser Bedeutung sind. Fast überall, wo Lepra endemisch herrscht, wird auf colossale Häufung hygienischer Uebelstände, bestehend aus gedrängtem Zusammenleben in engen, schlecht ventilirten, schmutzigen Wohnungen, schlechte und unzureichende Ernährung, vollkommene Vernachlässigung der Körperpflege, hingewiesen. Wenn auch jetzt wohl Niemand daran denkt, dass diese Factoren für sich allein zur Entstehung der Lepraendemie führen, so kann doch ihr begünstigender Einfluss für die Ausbreitung der Seuche sehr hoch angeschlagen werden, so dass bestimmte Factoren in directem Zusammenhang mit der Entstehung der Lepra gebracht wurden. Hier wäre die von Hutchinson aufgestellte, auch von anderen, namentlich japanischen Autoren anerkannte Theorie zu erwähnen, wonach gewohnheitsmässiger Genuss von Fischen als Ursache der Lepra zu betrachten sei. Die Behauptung, dass die ausschliessliche oder fast ausschliessliche Fischnahrung mit dem Auftreten von Lepra in directem Zusammenhang steht, lässt sich durch die speciell in Bosnien gemachten Beobachtungen mit Leichtigkeit widerlegen.

Es wurde bei den diesbezüglichen Nachforschungen auf die Frage der Fischnahrung Gewicht gelegt und da zeigte es sich, dass der Genuss von Fischen bei der bosnischen Bevölkerung ganz minimal ist; selbst die Einwohner der fischreichen Gegenden machen von diesem Nahrungsmittel gar keinen, oder nur geringen Gebrauch, um so mehr gilt dies für die Bewohner der abseits von den Flussläufen

gelegenen Ortschaften. Die bei jedem Leprösen diesbezüglich angestellten Nachfragen zeigten, dass die Kranken niemals oder nur ausnahmsweise Fische gegessen hatten, nur bei 3 Fällen (Jure Kreso, Pero Rajic und Dundjer) ist reichlichere Fischnahrung angegeben. Auf Grund dieser verlässlichen Beobachtungen ergiebt sich, dass für die Lepra in Bosnien der Einfluss der Fischnahrung in keiner Weise in Betracht kommt.

In dem von Ashmead besprochenen Werke Goto's, sind alle Fische und Seethiere angeführt, die im Rufe stehen, durch ihren Genuss Lepra zu erzeugen. Auch wird darauf hingewiesen, dass die japanischen Lepradörfer an der Küste liegen, dass die Abfälle und leprösen Producte in das Wasser kommen, dort von den Fischen aufgenommen werden, so dass die letzteren als Infectionsträger zu betrachten sind. Auch Ashmead selbst schreibt der Fischnahrung einen Einfluss zu, während A. Crane diesem direct widerspricht, indem er darauf hinweist, dass in der ersten Hälfte dieses Jahrhunderts, als in Hawaii fast ausschliesslich Fischnahrung genossen wurde, die Lepra selten war, während gegenwärtig, wo wenig Fische genossen werden, die Lepra eine ausserordentliche Verbreitung besitzt.

Die Wohnungsverhältnisse in Bosnien und der Herzegovina sind ungünstig. Die Bevölkerung, namentlich die bäuerliche, geht auch dort, wo die Mittel dazu reichlich vorhanden sind, von der altgewohnten Bauart nicht ab. Die Wohnungen sind niedrig, sämmtliche Familienmitglieder benützen Tag und Nacht in der Regel einen einzigen Wohnraum. Die Nebenräume werden nur von den Hausältesten bewohnt, dienen im Uebrigen zur Aufbewahrnng von Effecten, Getreide, Käse, Milch etc. Der Sinn für Reinlichkeit der Wohnung ist bei der bäuerlichen Bevölkerung sehr gering. Bei der ärmeren Bevölkerung ist auch das Hausvieh in den Wohnräumen untergebracht. Erwägt man ferner, dass auch für die Reinlichkeit des Körpers und der Kleidung nichts geschieht, so kann man sich von der Beschaffenheit der Athmosphäre in solchen Bauerwohnungen, wo Menschen und Vieh oft in demselben Raume hausen, einen Begriff machen.

Es kann keinem Zweifel unterliegen, dass Schmutz, Elend, Verwahrlosung die Entstehung der Lepra wesentlich begünstigen und findet dies eine Bestätigung in den Angaben aller europäischen und aussereuropäischen Beobachter.

Die Lebensweise und Kost der Leute in Bosnien ist eine höchst dürftige. Die letztere besteht in den meisten Fällen, welche die ärmere Volksklasse betreffen, aus einem für unsere Begriffe nahezu ungeniessbaren, schwarzen, oft verdorbenen Brod, das aus Sizak (Mohrhirse) gewonnen wird. In besser situirten Familien tritt an dessen Stelle Ginster (in der Herzegovina), Kukurutzmehl, hie und da Weizenbrod, Hülsenfrüchte, Hammelfleisch (oft verdorbenes), Rindschmalz, Milch. Ueberdies spielen die von der ärmeren mohammedanischen, insbesondere der griechisch-orthodoxen Bevölkerung streng eingehaltenen Fasten eine grosse, die Gesundheitsverhältnisse eben nicht begünstigende Rolle.

Die Confessionen leben meist streng geschieden in eigenen Dörfern

oder Mahalas, deren Charakter dem der daselbst ansässigen Bevölkerung entspricht.

Bei Betrachtung des Vorkommens der Lepra in Bosnien vom Standpunkte der historisch-geographischen Pathologie aus, scheint es geboten, die wichtigsten Thatsachen, der Geographie und Geschichte des Landes in kurzen Zügen zu skizziren, wobei die amtlichen Darstellungen zu Grunde gelegt werden sollen.

Bosnien und die Herzegovina, welche in geographischer Hinsicht den nordwestlichen Theil der Balkanhalbinsel bilden, umfassen einen Flächeninhalt von 51,027 qkm und hatten im Jahre 1895 eine Bevölkerung von 1568092 Einwohnern (exclusive des Militärs). Die Bevölkerungsdichte beträgt 31 per qkm und es zeigt der Vergleich der Volkszählung des Jahres 1895 mit der des Jahres 1885 eine constante Steigerung der Population, und zwar stieg die Bevölkerungszahl innerhalb dieser 10 Jahre um 17,36 pCt.; die jährliche Zunahme betrug durchchschnittlich 1,736 pCt.

Nicht ohne Interesse, und geeignet einen günstigen Rückschluss auf die Salubritätsverhältnisse des Landes im Allgemeinen zu gestatten — sind die Altersverhältnisse bei der männlichen Bevölkerung (einen statistischen Ausweis der Altersverhältnisse der weiblichen Bevölkerung zu liefern war vermöge der Glaubenssatzungen der Mohammedaner unmöglich).

Es fanden sich im Jahre 1895 Bosnien-Herzegovina:

Männer im Alter von	70—79	Jahre	19828
„ „ „ „	80—90	„	6442
„ „ „ „	90—99	„	1614
„ „ „ „	100	„	155
„ „ „ über	100	„	128

Nach dem religiösen Bekenntniss vertheilt sich die Bevölkerung in folgender Weise:

Orientalisch-Orthodoxe .	673247
Mohammedaner	548632
Römisch-Katholische . .	334142
Israeliten	8213
Andersgläubige	3859
Sa.	1568092

Bosnien und die Herzegovina grenzen an Kroatien, Slavonien, Serbien, Sandzak Novi Bazar, Montenegro und Dalmatien.

Das ganze Gebiet zeigt einen ausgesprochenen Gebirgscharakter, mit Ausnahme einer im Norden von Bosnien gelegenen Ebene, „Posavina“, welche eine Fortsetzung der slavonischen Tiefebene bildet. Der gebirgige Theil Bosniens zeigt einen ausgesprochenen alpinen Charakter und ist überreich an landschaftlichen Schönheiten, wogegen die Herzegovina mehr die wilde, rauhe, durch unterirdische Höhlen und Höhlenflüsse charakteristische Karstformation zeigt und gleichfalls pittoreske Landschaftsbilder enthält.

Das Land steigt gegen Süden zu an, die fruchtbaren Gebirgs-

plateaux zeigen Höhen von 300—1200 m; die Gebirgsrücken erheben sich bis 2000 m, die höchsten Bergspitzen erreichen eine Höhe von 2400 m. Die Gebirge sind mit Ausnahme des westlichen Theiles, aus dessen Waldbeständen die Piloten für die Prachtbauten Venedigs und das Baumaterial für die Kriegsschiffe der Republik entnommen wurden, ungemein waldreich.

Die Karstformation ist durch terassenförmig ansteigende, von zerklüfteten Bergmassen umgebene Thalformationen (Polja) charakterisirt; die Polja bilden die Oasen in den wasserarmen Steinwüsten des Karstes.

Die übrigen Landestheile werden von zahlreichen Flüssen und Bächen bewässert. Der eigentliche Hauptstrom Bosniens ist die Bosna, welche das Land von Süden nach Norden durchzieht, und in die, die nördliche Grenze des Landes bildende Save, einen Nebenfluss der Donau, einmündet und demnach die Gewässer Bosniens dem Gebiete des schwarzen Meeres zuführt. Die sonstigen namhafteren, sämmtliche in die Save mündenden Flüsse Bosniens sind die Una mit dem Nebenflusse Sana, der Wrbas und die Drina. Die in den herzegovinischen Gebirgen entspringenden Gewässer werden durch den Hauptstrom der Herzegovina, die Narenta, dem adriatischen Meere zugeführt. Die Wasserscheide zwischen den beiden Stromgebieten nimmt ihren Ausgangspunkt in der Bjelasnica-Treskavica planina, wo durch die höchste Bodenerhebung (2080 m) zugleich die politische Grenze zwischen Bosnien und der Herzegovina markirt wird.

In klimatischer Hinsicht gehören Bosnien und die Herzegovina zur gemässigten Zone Europas, doch ist das Klima, von den Saveniederungen und von den westlichen, tiefer gelegenen Gebieten der Herzegovina abgesehen, ein rauhes, durch die extremen Schwankungen zwischen Tag- und Nachttemperatur, häufigen unvermittelten Witterungswechsel, strengen Winter mit reichlichen Schneefällen, sowie in den Karstregionen durch die eisig kalten, heftigen Borawinde charakterisirt.

In administrativer Hinsicht ist Bosnien und die Herzegovina in 6 Kreise eingetheilt, welche wieder in 53 Bezirke zerfallen. Bosnien umfasst 5 Kreise: Sarajevo, Dolnja Tuzla, Travnik, Banjaluka und Bihac; die Herzegovina den Kreis Mostar.

Soviel über die geographische und klimatische Beschaffenheit und die administrative Eintheilung des Landes.

Wir wollen nun daran gehen, an der Hand der Leprastatistik die relative Vertheilung der Lepra in den einzelnen Territorien, sowie in Bezug auf die verschiedenen das Land bewohnenden Confessionen zu erörtern.

Nimmt man als Zahl der im Lande vorkommenden Leprafälle circa 133 an, so kommt bei Vergleich mit der Gesammtbevölkerung von ca. 1568000 auf je 11789 Einwohner 1 Lepröser, so dass Bosnien im Vergleich zu Norwegen, welches auf 2000000 Einwohner ungefähr 800 Lepröse zählt, von letzterem Lande hinsichtlich der relativen Häufigkeit der Lepra um das Fünffache übertroffen wird; von Island, das auf 80000 Einwohner nahezu 200 Lepröse zählt, um das Dreissigfache.

Die Lepra kommt in Bosnien bei der mohammedanischen Bevölkerung ungefähr doppelt so häufig vor, als bei der katholischen und etwa um $^1/_5$ häufiger, als bei der orientalisch-orthodoxen. Es wurden constatirt:

61 lepröse Mohammedaner,
50 „ orient. Orthodoxe,
22 „ Katholiken.

Die grössere Häufigkeit bei der mohammedanischen Bevölkerung dürfte auf die besonders grosse und in den Glaubenssatzungen Erklärung findende Gleichgiltigkeit gegen die Vorschriften der Hygiene, Abgeschlossenheit und stärkere Inzucht zurückzuführen sein.

Bemerkenswerth ist die Thatsache, dass die in Bosnien ansässige jüdische Bevölkerung, welche spanischen Ursprunges und erst gegen Anfang des 16. Jahrhunderts in das Land eingewandert ist, vollkommen leprafrei erscheint, im Gegensatz zu der Behauptung Zambaco Paschas, welcher in Constantinopel die Lepra gerade ausschliesslich bei den Spaniolen gefunden hat. Jedenfalls ist es von Interesse, das jenes Bevölkerungselement, welches unter allen am spätesten eingewandert ist, von Lepra vollständig frei erscheint, so dass es ganz ausgeschlossen ist, als ob die Einschleppung der Lepra in die Balkanhalbinsel durch die aus Spanien ausgewanderten Juden erfolgt sein könnte. Es wäre sonst gerade bei diesem, seit Jahrhunderten in strengster Abgeschlossenheit, sowie andauernder Inzucht lebenden Bevölkerungselement, das vollständige Verschontsein von Lepra absolut nicht zu erklären.

Hinsichtlich der territorialen Eintheilung ergiebt sich, dass in Bosnien der Kreis Sarajevo am stärksten an der Lepra betheiligt ist, dann folgen die Kreise Travnik und Dolnja Tuzla, im Kreise Banjaluka wurden nur ganz vereinzelte Fälle constatirt, während der Kreis Bihac bis jetzt als leprafrei erscheint.

Im Kreise Sarajevo ist wieder der Bezirk Rogatica am stärksten an der Lepra betheiligt, dann folgen die Bezirke Foca, Visegrad, Sarajevo, Visoko, von denen die beiden erstgenannten an der serbischen Grenze, beziehungsweise Sandzak Novi Bazar gelegen sind, während die beiden letzteren eine centrale Lage haben.

Im Kreise Travnik erscheint der Bezirk Prozor am stärksten betroffen, im Kreise Dolnja Tuzla die Bezirke Vlasenica, D. Tuzla, Srebrenica, wovon letzterer an Serbien grenzt. Der im Norden an Slavonien grenzende Kreis Banjaluka zeigt nur in dem ganz central gelegenen Bezirke Kotor-Varos einen vereinzelten Fall.

Im Kreise Mostar, der hinsichtlich der Häufigkeit des Lepravorkommens nach dem Kreise Sarajevo die zweite Stelle einnimmt, sind vorwiegend die Bezirke Gacko und Nevesinje betroffen, wovon ersterer an Montenegro angrenzt.

Im Ganzen ergiebt sich die interessante Thatsache, dass hinsichtlich der territorialen Vertheilung die Lepra vorwiegend in den an Serbien, Sandzak Novi Bazar, Montenegro und Dalmatien angrenzenden östlichen und südlichen Landestheilen vorkommt, dann auch in den central gelegenen Bezirken, dass dagegen die an die österreichisch-unga-

rische Monarchie, Kroatien und Slavonien, angrenzenden nördlichen und westlichen Gebiete ganz leprafrei sind. Weiters zeigt es sich bei genauer Betrachtung der Vertheilung der Einzelnfälle, dass die Lepra, vorwiegend in den von den Hauptverkehrsadern weit abgelegenen Districten vorkommt.

Soviel über das Verhalten der Lepra in geographischer und ethnographischer Hinsicht. Nunmehr ist die Frage zu erörtern, ob die Geschichte Bosniens und der Herzegovina Aufschlüsse darüber zu geben vermag, auf welchem Wege die Lepra in das Land gekommen ist.

Aus der Geschichte Bosniens wissen wir, dass die ursprüngliche Bevölkerung des Landes aus illyrischen Völkerschaften bestand, und zwar wohnten zu Ende des 5. Jahrhunderts v. Chr. die Stämme der Ardiaeer und Autariaten daselbst. Um die Mitte des 4. Jahrhunderts drangen keltische Stämme in das Land. Im Jahre 158 v. Chr. kam es zum Krieg mit den Römern und eroberte P. Cornelius Scipio Nasica im Jahre 155 v. Chr. die Hauptstadt der Dalmaten, doch folgten weitere zahlreiche Kämpfe und es gelang die endgiltige Unterwerfung Dalmatiens erst im Jahre 78 v. Chr. Dasselbe wurde zur Provinz Illyricum geschlagen, später jedoch zu Zeiten des Kaisers Augustus, welcher nach Unterdrückung wiederholter Aufstände auch das jetzige bosnische herzegovinische Gebiet von 35 vor bis 19 nach Chr. Geb. eroberte, auf die Provinzen Pannonien und Dalmatien vertheilt. Zur Zeit der Völkerwanderung wurde das Land durch die Invasion gothischer und avarischer Stämme heimgesucht, im 7. Jahrhundert wanderten slavische Stämme, die Urahnen der gegenwärtigen Bevölkerung, ein. In das 9. Jahrhundert fällt die Bekehrung der Bevölkerung zum Christenthum und die Gründung eines bosnischen Staates, der bis zu Beginn des 13. Jahrhunderts die Oberhoheit des griechischen Kaisers anerkannte, später jedoch unter die Oberhoheit Ungarns überging, bis im Jahre 1376 der damalige Banus von Bosnien, Twartko, sich zum Könige des Landes erklärte und die Oberhoheit Ungarns abschüttelte. Unter seiner Regierung erreichte die Entwicklung des wenigstens nominell noch immer unter ungarischer Oberhoheit stehenden Staates Bosnien den Höhepunkt, während durch die Thronstreitigkeiten seiner Nachfolger rasch ein Niedergang eintrat. Den Wendepunkt der Geschichte Bosniens bildet jedoch die Invasion der Türken, die seit Beginn des 15. Jahrhunderts sich wie ein verheerender Strom über die Balkanhalbinsel ergossen und nach langen Kämpfen unter Sultan Fatih Mehmed II. 1463 das Land eroberten und unterjochten. Zwar wurde der grösste Theil des Landes bald darauf von dem ungarischen König Mathias Corvinus wieder erobert und Jajce noch volle 70 Jahre gegen den osmanischen Ansturm erfolgreich vertheidigt, doch wurde schliesslich nach der Besiegung der Ungarn durch die Türken bei Mohacs im Jahre 1526 die Unterwerfung Bosniens unter die Herrschaft des Halbmondes 1529 vollendet. Viele Einwohner des Landes traten zum Islam über und wurden zu Herren des Landes (Begs) gemacht. Türkische Soldaten und Beamte kamen ins Land und vermischten sich mit der zum Islam übergetretenen slavischen Bevölkerung. Einzelne Aufstände der Bevölkerung, besonders der Mohammedaner, gegen die türkische Herrschaft wurden schwer und mit grosser

Strenge unterdrückt; so im Jahre 1849 durch Omer Pascha. Der letzte im Jahre 1875 von den Christen begonnene Aufstand konnte durch türkische Kräfte nicht unterdrückt werden und es wurde auf dem Berliner Congresse im Jahre 1878 Oesterreich-Ungarn mit der Mission betraut, das aufständische Gebiet zu pacificiren. Seither befindet sich das Land unter der Verwaltung Oesterreich-Ungarns.

Wenn man sich den Satz Leloir's vor Augen hält, dass die Lepra den Kriegs- und Handelswegen der Völker folgt, so erweist sich im Hinblick auf die Geschichte des Landes die Annahme, dass die Lepra durch die türkische Invasion in dem Lande verbreitet worden sei, hinlänglich begründet, namentlich in Anbetracht des Vorkommens der Krankheit in Vorderasien, von wo aus die Invasion der Türken erfolgte, sowie des vorwiegenden Befallenseins der mohammedanischen Bevölkerung. Vieles zeigt jedoch für die Einschleppung der Lepra in Bosnien auf eine noch weiter zurückliegende Zeit, nämlich auf die Epoche der Römerherrschaft, wenn man nebst anderem erwägt, dass illyrische Kriegsvölker unter den römischen Hilfstruppen sehr zahlreich vertreten waren und mit den römischen Legionen nach den verschiedensten Theilen des römischen Weltreiches kamen, auch in solche, wo Lepra von Alters her einheimisch ist. Wenn auch die ersten Anfänge der Lepra in Bosnien in tiefes Dunkel gehüllt sind, so ist es doch zweifellos, dass die Krankheit nicht durch die türkische Invasion eingeschleppt wurde, sondern schon Jahrhunderte früher zur Zeit der Kreuzzüge, als ungeheure Volksmassen aus dem Westen und Norden Europas über die Balkanhalbinsel nach Palästina zogen, oder der Ursprung vielleicht in jene entlegenen Zeiten zu verlegen ist, wo die Wogen der grossen Völkerwanderung sich über das Land ergossen, oder in das erste Jahrhundert der gegenwärtigen Zeitrechnung, in die Periode der Feldzüge, des Augustus, Germanicus, Tiberius und Postumius, wo überdem illyrische Söldner nach langen Kriegsjahren aus den fernen Orten in die Heimath zurückgekehrt, die Krankheit eingeschleppt haben mögen.

Durch die allgemeinen sanitären Verhältnisse, namentlich aber durch den vollständigen Mangel aller jener Vorkehrungen und Massnahmen, durch welche die Lepra in fast ganz Europa von ihrer früheren Häufigkeit erheblich herabgedrückt wurde, dürfte sich die Krankheit so lange in Bosnien erhalten haben, zumal da die Kenntniss von deren Vorhandensein gänzlich fehlte.

Das Vorkommen der Lepra in den Balkanstaaten ist ein hochwichtiges, in seiner Tragweite für unsere sanitären Verhältnisse nicht genug zu beachtendes Factum; wichtig nicht allein wegen der Bedeutung dieser schweren, unheilbaren und fast ausnahmslos tödtlich verlaufenden Krankheit für das einzelne von derselben betroffene Individuum, sondern noch mehr wegen der bei dem stetig zunehmenden Verkehr leicht eintretenden Verschleppung.

Da die Lepra sich bisher als eine therapeutischen Eingriffen nur wenig zugängliche Erkrankung erwiesen hat, liegt die Hauptaufgabe in der Prophylaxe, d. i. in der möglichsten Verhinderung der Ausbreitung derselben. Schon lange, bevor man die Aetiologie und Pathogenese der Lepra kannte, sah man in der strengsten Isolirung der Lepra-

kranken das geeignetse Mittel zur Eindämmung und endgiltigen Ausrottung der Krankheit. Das Mittelalter, in welchem sonst der Sinn für Hygiene und Prophylaxe im Ganzen gering, und wo man allen anderen Epidemien rathlos gegenüberstand, legte im Kampfe gegen die Lepra eine bewunderungswürdige Consequenz an den Tag. Die strengsten, in ihrer Durchführung geradezu grausamen Isolirungsmassregeln, die man gegen die Kranken anordnete, haben zweifellos dazu beigetragen, dass die Lepra nahezu unterdrückt wurde und auch in der neuesten Zeit sehen wir, dass von allen Forschern, welche grosse Erfahrung auf dem Gebiete der Lepra besitzen, vorwiegend die Durchführung der Isolirung der Leprösen befürwortet wird.

Die Grundlage der Lepraprophylaxe ist eine rein empirische. Durch den Nachweis eines specifischen Mikroorganismus ist die Lepra als eine Infectionskrankheit festgestellt und wäre von hier aus der Ausgangspunkt für die Erforschung der Weiterverbreitung der Krankheit gegeben.

Welche Massregeln werden sich nun zur Bekämpfung der Lepra als die geeignetsten erweisen? Ziehen wir den Umstand in Betracht, dass die Lepra eine parasitäre Krankheit ist, welche (gleich der Syphilis) theils auf dem Wege der Vererbung, theils durch directe Uebertragung ihre Weiterverbreitung findet, so wird diese durch sorgfältige Isolirung der erkrankten Personen, namentlich aber durch Verhinderung des intimeren Verkehrs derselben untereinander, oder mit gesunden Individuen zu verhindern sein. In der That sind diese Massregeln Jahrhunderte hindurch fast allenthalben in der strengsten Weise durchgeführt worden und stehen noch heute in einzelnen europäischen und aussereuropäischen Ländern in mehr oder minder stricter Anordnung.

Hierfür sind am besten Asyle geeignet.

In der Einrichtung solcher Asyle herrschen zwar allerorts fast dieselben Grundsätze, doch habe ich mich, wiewohl ich einige Leprahäuser in Norwegen und Portugal aus eigener Anschauung kenne, an eine Coryphäe, den in in dieser Frage maassgebenden Dr. Danielssen gewendet, um dessen Meinung bezüglich der Einrichtung einer Leproserie in Bosnien einzuholen.

Derselbe äusserte sich hierüber wie folgt:

„Das beste Mittel, um die Verbreitung der Lepra zu verhindern und derselben vorzubeugen, ist, die Leprakranken in besonderen Hospitälern einzulegen.

Zwar mag es für die Kranken angenehm sein, eigene kleine Häuser mit zugehörigen Grundstücken zu erhalten, das würde aber wahrscheinscheinlich viel kostspieliger sein und die Verbreitung der Krankheit nicht verhindern.

In unseren Hospitälern sind die männlichen und weiblichen Patienten blos insofern getrennt, als sie besondere Flügel desselben Hauses bewohnen. Im Grossen und Ganzen erwachsen uns keine Schwierigkeiten. In ihrer freien Zeit unterhalten sie sich miteinander in dem grossen Parke, der für beide Geschlechter gemeinsam ist.

Das zu erbauende Hospital könnte dann so eingerichtet werden,

dass die Weiber das eine, die Männer das andere Ende bewohnen, während der mittlere Theil von der Administration eingenommen wird. Das Hospital sollte auf dem Lande gelegen und von einem Grundstücke umgeben sein, wo die Kranken einige Beschäftigung finden können. Jedes Krankenzimmer sollte nicht mehr wie 4 Patienten aufnehmen. Ausser den Krankenzimmern müssen Arbeitsräume (Werkstätten) und Speisezimmer vorhanden sein. In der Regel müssen sich die Kranken in den Arbeitszimmern aufhalten, damit die Schlafzimmer gut ausgelüftet werden können.

Die Beschäftigung der Kranken muss sich darnach richten, wie sie von Hause aus gewöhnt sind. Bei uns spinnen die Weiber wollenen Zwirn, stricken Strümpfe und andere Sachen und verfertigen zum Theil ihre eigene Kleidungen. Die Männer machen Fischnetze und beschäftigen sich zum Theil mit Schuhmacherarbeit oder sie arbeiten im Garten.

Wenn sie nicht zu stark angegriffen sind, erhalten die Kranken die Erlaubniss in die Stadt zu gehen und Kirchen zu besuchen. Auch machen sie häufig Landpartien und wir haben kein einziges Beispiel von Verbreitung der Krankheit durch Ansteckung observiren können.

Die Leprakranken sollen nicht gezwungen werden, die Hospitäler zu suchen. Sind diese gut eingerichtet und stehen unter humaner Leitung, dann werden sie es von selbst vorziehen, dort zu wohnen statt in einem elenden Hause. Vor einigen Jahren wurde bei uns ein Gesetz herausgegeben, wonach die Leprakranken, wenn sie nicht im Stande waren, sich zu Hause so einzurichten, dass sie isolirt lebten, von der Armencommission und der Gesundheitspolizei gezwungen werden konnten, in den Hospitälern zu wohnen. Einige Kranke wurden in dieser Weise nach dem Hospitale in Bergen gebracht (Pflegespital No. 1), die Folge war aber blos die, dass sie sehr bald Reissaus nahmen.

Uebrigens will ich nicht leugnen, dass das beste Mittel, um die Verbreitung der Krankheit zu verhindern, das ist, jeden Patienten, dessen Krankheit im Anfangsstadium ist, dazu zu zwingen, sich in ein gut eingerichtetes Hospital einzulegen.

Ein solches Gesetz könnte aber wohl schwer zu erhalten sein, denn sehr human ist es ja nicht.

Es muss als eine Nothwehr gegen eine drohende Gefahr angesehen werden."

Ich konnte diesen Vorschlägen nur beistimmen und betrachte die geeignete Isolirung der Leprösen, das Verbot der Verehelichung derselben, die Sorge für eine entsprechende Beschäftigung, medicamentöse und chirurgische Behandlung als jene Gesichtspunkte, von denen wir uns bei Bekämpfung der Lepra zu leiten haben.

Es wird deshalb unser Augenmerk den allgemeinen sanitären Verhältnissen zugewendet werden müssen, nachdem die Lepra vorzugsweise eine Krankheit der Armen ist, und ihre Entstehung und Ausbreitung durch schlechte Wohnung und Nahrung, durch Entbehrungen aller Art gefördert wird.

Zum Schlusse noch einige Betrachtungen über die Tragweite der Leprafunde in Europa.

Die Contagiosität der Lepra ist heutzutage kein so strittiger Punkt, wie zuvor, doch ist daran festzuhalten, dass nur bei jahrelangem innigem Contacte die Ansteckung erfolgt und dass auch hier hauptsächlich die tuberösen Formen als Infectionsträger in Betracht kommen. Man hat demnach kein Recht die Contagiosität der Lepra soweit zu übertreiben, um aus dem Vorhandensein einiger Leprafälle eine Gefahr für das ganze Land zu befürchten. Die Lepra ist fast durchwegs dort zu finden, wo hygienische Uebelstände in furchtbarer Weise zusammenwirken und auch da sind noch besondere Bedingungen erforderlich, damit es zum Auftreten der Krankheit überhaupt kommt.

Unter diesen Umständen ist die grosse Leprafurcht als unbegründet zurückzuweisen, und es ist einzig und allein die Aufmerksamkeit auf die Durchführung jener hygienischen und sanitätspolizeilichen Massregeln zu lenken, welche sich in dem classischen Lepralande Europa's, in Norwegen, so glänzend bewährt haben.

Ueberhaupt ist es mehr als fraglich, ob die jetzt neu constatirten Leprafälle, wirklich in dem Sinne neu sind, dass man berechtigt ist, von einem frischen Krankheitsherde zu sprechen, ob dieselben nicht, was sehr wahrscheinlich ist, nur bisher übersehen, beziehungsweise nicht diagnosticirt wurden. Es erscheint viel plausibler, dass die Lepra, welche im mittelalterlichen Europa so viele Verheerungen angerichtet hat, nicht, wie es zeitlang irrthümlich angenommen wurde, vollständig erloschen sei, sondern noch in einzelnen Resten an Stellen fortvegetirt, wo die Errungenschaften der modernen Hygiene noch nicht zur Wirkung gelangen konnten. Diese spärlichen, sporadischen Reste der mittelalterlichen Lepra sind es, die nun durch bessere Diagnostik aufgefunden und, in irrthümlicher Auffassung, als neue Lepraherde proklamirt werden. Auf dieses Verhältniss ist insofern ein grosses Gewicht zu legen, als es ein gewaltiger Unterschied ist, ob ein Lepraherd nur den letzten Ausläufer früherer Lepra, oder thatsächlich eine neue Invasion der Krankheit darstellt.

Was wir im Allgemeinen für die Lepra in Europa angeführt haben, gilt im Speciellen auch für die Lepra in Bosnien.

Bisher hat unter den osteuropäischen Ländern nur Rumänien, welches in geographischer Hinsicht nicht mehr zu den eigentlichen Balkanstaaten gehört, dem Vorkommen der Lepra die entsprechende Aufmerksamkeit geschenkt. In den eigentlichen Balkanstaaten ist für die Erforschung und Bekämpfung der Lepra noch so gut wie gar nichts geschehen, obwohl es hoch an der Zeit wäre, etwas auf diesem Gebiete zu thun und Bosnien ist bisher das einzige Balkanland, wo dem Vorkommen der Lepra, seitdem ich dieselbe dort entdeckte, die grösste Aufmerksamkeit gewidmet wurde und wirksame Maassregeln zur Bekämpfung der Krankheit in's Auge gefasst wurden. Wenn demnach von der Balkanhalbinsel als einer Gefahr der Lepraverschleppung gesprochen werden kann, ist es gewiss nicht Bosnien, von dem diese Gefahr ausgeht, da hier nichts zur wirksamen Bekämpfung der Krankheit unterlassen wird. Es wäre demnach an der

Zeit, auf dem Wege internationaler Vereinbarungen eine wirksame Bekämpfung der Lepra in sämmtlichen Balkanstaaten einzuführen und und es ist eine dankenswerthe Aufgabe dieses Congresses, die Initiative hierin zu ergreifen.

Cultur und Civilisation, soweit sie in rationellen social-hygienischen Maassregeln realisirt werden, sind die wirksamsten Waffen zur Bekämpfung epidemischer und endemischer Krankheiten, so auch der Lepra.

Es ist kein Zweifel, dass die Lepra in diesem Lande, welches, gleich den übrigen Balkanländern, durch Jahrhunderte in der Cultur weit zurückgeblieben war, nur einen Ueberrest der mittelalterlichen Lepra darstellt. Man findet die Krankheit fast durchgehends in den vom grossen Verkehr abgelegenen Districten, unter einer Bevölkerung, die bisher unter den ungünstigsten Verhältnissen gelebt hat, aber auch hier nicht in einer solchen Verbreitung, dass dieselbe bedrohlich erscheinen würde.

Von dem Augenblick, wo die im Lande vorkommenden Leprafälle conscribirt und bei thunlichster Vermeidung harter Zwangsmassregeln, isolirt sein werden, was allerdings nicht ohne Schwierigkeiten durchgeführt werden dürfte, kann man erwarten, dass die Lepra in absehbarer Zeit in Bosnien erlöschen wird.

Welche Massregeln werden sich zur Bekämpfung der Lepra am geeignetsten erweisen? Ziehen wir den Umstand in Betracht, dass sie eine parasitäre Krankheit ist, welche auf dem Wege der Uebertragung, gleichwie auf dem der Vererbung ihre Verbreitung findet, wird dieselbe durch sorgfältige Isolirung der Kranken, namentlich aber durch Verhinderung des intimeren Verkehrs mit gesunden Individuen und unter einander zu bekämpfen sein. In der That sind diese Massregeln Jahrhunderte hindurch fast allenthalben in der strengsten Weise durchgeführt worden, und stehen noch heute in strikter Anwendung, in dem solche Kranke in eigene Asyle untergebracht werden. Ich betrachte die geeignete Isolirung solcher Kranken, das Verbot der Verehelichung, die Sorge für entsprechende Beschäftigung, medicamentöse und chirurgische Behandlung als jene Gesichtspunkte, von denen wir uns bei Bekämpfung der Lepra leiten zu lassen haben.

Es wird deshalb unser Augenmerk den allgemeinen Lebens- und sanitären Verhältnissen der Leprakranken zugewendet werden müssen, da die Lepra hauptsächlich eine Krankheit der Armen ist, und ihre Entstehung und Verbreitung durch schlechte Wohnung und Nahrung, durch Entbehrungen aller Art, Schmutz und Verwahrlosung befördert wird.

In welcher Weise kann eine strikte Durchführung der angeführten Massregeln ermöglicht werden?

1. Durch genaue Feststellung der Zahl der in einem Lande vorkommenden Leprafälle. Dieses ist nur dann möglich, wenn ein guter Diagnostiker dieselbe durchführt, da es viele Fälle giebt, welche nur ein in der Dermatologie versirter Arzt diagnosticiren kann.

2. Bezüglich der Isolirung hat der Staat in gleicher Weise gegen

Arm und Reich vorzugehen; bei Letzteren kann Isolirung auch im eigenen Hause durchgeführt werden, wenn genügend für dieselbe vorgesorgt und controllirt ist.

3. Das Reisen von Leprösen von einem Land in's andere, namentlich der Aufenthalt in fremden grossen Städten, wo dieselben schrankenlos sich dem Leben der Grossstadt ergeben, in Hotels wohnen, Theater besuchen, ist zu verbieten; der Lepra verdächtige Individuen sind diesfalls nach vorhergehender Untersuchung durch den Amtsarzt und constatirter Krankheit wieder in ihre Heimath zu dirigiren. Es muss demnach auf internationalem Wege das Passwesen diesbezüglich regulirt werden.

4. Bezüglich der Unterbringung solcher Kranken in Lepraspitälern muss principiell festgestellt werden, dass ihre Verpflegung unentgeltlich stattfinde, weder ihre Verwandten noch die Gemeinden zur Zahlung der Verpflegsgebühren heran gezogen werden dürfen. Es ist dies Sache des Staates, der dafür zu sorgen hat.

5. Solche Anstalten sollen jedoch nicht blos zur Aufnahme der Kranken dienen, sondern zum Studium der Krankheit selbst, daher nur tüchtig geschulte Aerzte, welche auch in der Mikroskopie, Bacteriologie bewandert sind, daselbst in sorgenloser Existenz fungiren sollen.

6. Schliesslich muss noch auf einen wichtigen Punkt hingewiesen werden, dass man von einer imminenten Gefahr, vor der Europa derzeit steht, nicht sprechen kann. Es ist ja die Zahl der neuen Fälle keine so grosse, es ist auch keine Epidemie, die jetzt aufgetreten wäre. Das, was wir beabsichtigen und worauf besonders der Tenor gelegt werden muss, ist die Thatsache, dass die Lepra nach den neuen Forschungen eine Infectionskrankheit ist, welcher wir, einzelne Fälle ausgenommen, therapeutisch bisher machtlos gegenüber standen und stehen, die in einer auf wissenschaftlichem humanen Principe beruhenden Weise bekämpft werden soll.

Indem die Regierung für die Hebung des allgemeinen Wohlstandes und der Gesundheit sorgt, genügt sie einem Gebote der Humanität und dient zugleich den Interessen des Staates, dessen höchstes Kapital der Mensch ist.

Uebersichtliche Zusammenstellung der in Bosnien und

Fortlaufende Zahl.	Name.	Geschlecht männlich.	Geschlecht weiblich.	Alter und Stand.	Confession Mohammedaner.	Confession or. orth.	Confession Katholiken.	Beschäftigung.
								Kreis
								Bezirk
1	*M. D.	1	—	16 —	—	1	—	Bauerssohn.
2	M. M.	—	1	20 ledig.	—	1	—	Bauerstochter.
3	B. H.	1	—	50 ledig.	1	—	—	Knecht.
4	*B. R.	—	1	32 verheirathet.	—	1	—	Bäuerin.
5	M. M.	1	—	22 ledig.	1	—	—	Krämer.
6	*M. B. } Geschwister	—	1	13 —	1	—	—	Zigeunerin.
7	M. H. } Geschwister	1	—	10 —	1	—	—	"
8	*D. P.	1	—	? ledig.	—	1	—	Landmann.
9	St. P.	1	—	22 ledig.	—	1	—	"
10	*T. N.	1	—	19 ledig.	—	1	—	"
11	*J. M.	1	—	36 Wittwer.	—	1	—	"
12	*Z. J.	1	—	20 —	1	—	—	Freibauer.
13	P. V. } Geschwister	1	—	18 —	—	1	—	Bauerssohn.
14	P. G. } Geschwister	1	—	12 —	—	1	—	"
15	V. J.	1	—	26 verheirathet.	—	1	—	Landmann.
16	M. M.	1	—	50 verheirathet.	1	—	—	"
17	P. D.	1	—	60 verheirathet.	1	—	—	Grundbesitzer.
18	K. Z.	1	—	40 verheirathet.	1	—	—	Landmann.
19	C. C.	1	—	25 ledig.	1	—	—	Freibauer.
20	A. R.	1	—	40 verheirathet.	—	1	—	Landmann.
21	M. D.	1	—	40 verheirathet.	1	—	—	"

Bei den mit * bezeichneten Namen ist der Vater angeblich an Lepra gestorben.

der Hercegovina amtlich constatirten Lepra-Fälle.

Geburtsort.	Wohnort.	Lepra tuberosa.	Lepra anaesthetica (nervor.).	Lepra mixta.	Seit welchem Jahre die Krankheit angeblich besteht.	Ob am Leb n.	Ob gestorben.
Sarajevo.							
Rogatica.							
Stari Brod.	Stari Brod.	1	—	—	1884	1	—
"	"	1	—	—	1895	1	—
Semegreci.	Semegreci.	1	—	—	1885	—	1 1891
Osova.	Blazevici.	—	1	—	1884	1	—
Rogatica.	Rogatica.	1	—	—	1880	1	—
"	"	1	—	—	1890	1	—
"	"	1	—	—	1892	1	—
Guta.	Guta Gemd. Praca.	1	—	—	1890	1	—
Baltici.	Baltici Gd. Glasinac.	—	1	—	1893	1	—
Gazije.	Gazije Gd. Socice.	1	—	—	1883	1	—
Kamen.	Kamen Gd. Dub.	—	1	—	1886	—	1 1896
Godomilje. Gornje.	Godomilje Gornje.	1	—	—	1887	1	—
Sokolovici.	Sokolovici.	1	—	—	1882	1	—
"	"	—	1	—	1894	1	—
Obrtici.	Obrtici.	1	—	—	1892	1	—
"	Ribioce Gd. Zepa.	—	1	—	1891	1	—
Rogatica.	Rogatica.	—	1	—	1892	1	—
Grlac Gd. Sokolovic.	Grlac.	1	—	—	1895	1	—
Godomilje.	Godomilje.	—	1	—	1889—1890	1	—
Pasic Kula.	Pasic Kula.	1	—	—	1896	1	—
Planje.	Planje.	1	—	—	1890	1	—

Fortlaufende Zahl.	Name.	Geschlecht männlich.	Geschlecht weiblich.	Alter und Stand.	Confession Mohammedaner.	Confession or. orth.	Confession Katholiken.	Beschäftigung.
22	A. St.	—	1	30 verheirathet.	—	1	—	Bäuerin.
								Bezirk
23	P. S. (Geschwister)	1	—	19 ledig.	1	—	—	Landmannssohn.
24	P. B. (Geschwister)	1	—	12 —	1	—	—	„
25	P. M. (Geschwister)	1	—	9 —	1	—	—	„
26	P. M. (Geschwister)	1	—	7 —	1	—	—	„
27	C. M.	1	—	30 ledig.	1	—	—	Landmann.
28	T. H.	1	—	50 verheirathet.	1	—	—	Bauer.
29	M. D.	1	—	14 —	1	—	—	„
30	M. S.	1	—	16 —	1	—	—	„
31	B. M.	1	—	50 verheirathet.	—	—	1	„
								Bezirk
32	*P. M.	1	—	40 ledig.	—	1	—	Teppichweber.
33	*B. M.	1	—	40 verheirathet.	1	—	—	Bauer.
34	*L. Lj. (Geschwister)	1	—	18 ledig.	—	1	—	„
35	*L. S. (Geschwister)	1	—	32 ledig.	—	1	—	„
36	*L. St. (Geschwister)	—	1	20 ledig.	—	1	—	Bauermädchen.
37	*R. A. (Geschwister)	1	—	20 ledig.	—	1	—	Bauer.
38	*K. J.	1	—	50 verheirathet.	—	1	—	„
39	L. N.	1	—	22 ledig.	—	1	—	Taglöhner.
								Bezirk
40	N. L.	1	—	46 verheirathet.	—	1	—	Landmann.
41	Z. M.	1	—	30 ledig.	—	1	—	„
42	K. M.	1	—	40 verheirathet.	1	—	—	„
43	D. S.	1	—	? verheirathet.	—	1	—	„

Geburtsort.	Wohnort.	Lepra: tuberosa.	Lepra: anaesthetica (nervor.).	Lepra: mixta.	Seit welchem Jahre die Krankheit angeblich besteht.	Ob am Leben.	Ob gestorben.
Pasic Kula.	Zacomo.	1	—	—	1892	1	—
Foca.							
Grijacevic.	Bostan Kula.	1	—	—	1886	—	1 1893
Bostan Kula.	„	1	—	—	1893	1	—
„	„	1	—	—	1892	1	—
„	„	1	—	—	1895	—	1 1893
Pilipovici.	Pilipovici.	1	—	—	1889	1	—
?	Curevo.	—	1	—	1883	?	?
Danicici.	Danicici.	—	1	—	1895	1	—
Vojnic.	Vojnic.	1	—	—	1894	1	—
?	Sivolje.	1	—	—	1890	—	1 1895
Visegrad.							
Senakrina.	Visegrad.	1	—	—	1867	—	1 1891
Gostilje.	Gostilje.	1	—	—	1885	—	1 1892
Pozdercic.	Hrtar.	1	—	—	1890	—	1 1894
„	„	1	—	—	1890	1	—
„	„	1	—	—	1890	1	—
?	Odzak.	—	1	—	1892	1	—
?	Zljeb.	1	—	—	1889	—	1 1896
Osojnica.	Osojnica.	1	—	—	1891	—	—
Sarajevo.							
?	Vogoscagornja.	1	—	—	1883	—	1 1891
Petrovici.	Petrovici.	1	—	—	1883	—	1 1896
im Bez. Gorazda.	Jarcedol.	1	—	—	1892	1	—
Strci, Bez. Bugojno.	Kobilaglava.	1	—	—	1884	1	—

Fortlaufende Zahl.	Name.	Geschlecht männliche	Geschlecht weibliche.	Alter und Stand.	Confession Mohammedaner.	Confession or. orth.	Confession Katholiken.	Beschäftigung.
44	M. R.	—	1	16 ledig.	—	1	—	Bauernmädchen.
45	B. J.	1	—	25 ledig.	1	—	—	Landmann.
46	V. P.	1	—	15 alt.	—	1	—	Bauernsohn.
								Bezirk
47	K. Gj.	1	—	65 Wittwer.	—	1	1	Landmann.
48	R. S.	1	—	35 verheirathet.	—	—	1	"
49	*D. M.	1	—	24 ledig.	—	—	1	"
50	*L. M.	1	—	20 ledig.	—	—	1	"
51	M. P.	1	—	27 ledig.	—	—	1	"
52	D. J.	1	—	20 ledig.	—	—	1	"
								Bezirk
53	S. J.	1	—	30 verheirathet.	1	—	—	Landmann.
54	R. P.	1	—	50 verheirathet.	—	—	1	"
55	T. A.	1	—	35 verheirathet.	—	—	1	"
56	S. J.	1	—	65 —	—	—	1	"
								Bezirk
57	*D. N.	1	—	35 verheirathet.	—	1	—	Strassen-Einräumer.
								Kreis
								Bezirk
58	M. M.	1	—	32 ledig.	1	—	—	Grundbesitzer.
59	M. Z.	—	1	85 Wittwe.	1	—	—	Grundbesitzerswittwe.
60	T. D.	1	—	19 ledig.	1	—	—	Landmann.
61	V. A.	1	—	20 ledig.	—	—	1	"
62	B. A.	1	—	25 ledig.	—	—	1	"
63	S. M.	1	—	65 verheirathet.	1	—	—	Bauer.

Geburtsort.	Wohnort.	Lepra tuberosa.	Lepra anaesthetica (nervor.).	Lepra mixta.	Seit welchem Jahre die Krankheit angeblich besteht.	Ob am Leben.	Ob gestorben.
Deljas.	Deljas.	1	—	—	1894	1	—
Sarajevo.	Kosevo.	1	—	—	1889	1	—
Trnovo.	Trnovo.	1	—	—	1893	1	—
Visoko.							
Grad.	Gorani.	1	—	—	1890	—	1 1894
Kujavici.	Kujavici.	1	—	—	1885	—	1 1894
Zgosca donja.	Zgoscadonja.	—	1	—	?	1	—
Popi.	Popi.	1	—	—	1886	—	1 1892
Bukovlje.	Bukovlje.	1	—	—	1886	—	1 1893
Dl. Zgosca.	Dl. Zgosca.	—	1	—	1892	—	—
Fojnica.							
Zivcici.	Zivcici.	1	—	—	1890	1	—
Kute, Bez, Prozor.	Citonja.	—	1	—	1878	1	—
Orahovo.	Orahovo.	1	—	—	—	—	—
Palez.	Volujak, Kresevo.	1	—	—	1877	1	—
Cajnica.							
Zagradije, Bez. Visegrad.	Luke.	1	—	—	1888	—	1 1892
Travnik.							
Prozor.							
Kopcic.	Kopcic.	1	—	—	1889	1	—
"	"	1	—	—	1885	—	1 1896
Borovnica.	Borovnica.	1	—	—	?	—	1 1890
Mehopotocje.	Mehopotocje.	1	—	—	1889	1	—
Visnjani.	Visnjani.	—	1	—	1893	1	—
Prozor.	Prozor.	1	—	—	1877	—	—

Fortlaufende Zahl.	Name.	Geschlecht		Alter und Stand.	Confession			Beschäftigung.
		männlich.	weiblich.		Mohammedaner.	or. orth.	Katholiken.	
64	G. St.	1	—	30 verheirathet.	—	—	1	Bauer.
65	C. vulg. S. M.	1	—	65 verheirathet.	1	—	—	„
66	P. D.	—	1	40 verheirathet.	1	—	—	„
67	K. Jl.	1	—	40 verheirathet.	—	—	1	Landmann.
								Bezirk
68	J. J.	1	—	28 ledig.	—	—	1	Landmann.
69	*S. J.	1	—	27 verheirathet.	—	1	—	„
70	R. M.	1	—	30 ledig.	—	—	1	„
71	K. J.	1	—	35 verheirathet.	—	—	1	„
72	P. M.	1	—	37 verheirathet.	—	1	—	„
								Bezirk
73	Z. S.	1	—	35 Wittwer.	1	—	—	Landmann.
74	U. Gj.	1	—	20 ledig.	—	1	—	„
								Bezirk
75	*S. A.	1	1	24 ledig.	—	—	1	Landmann.
76	*S. F.	1	—	14 ledig.	—	—	1	Bauerssohn.
77	D. L.	—	1	30 verheirathet.	—	—	1	Bäuerin.
78	S. P.	1	—	26 ledig.	—	—	1	Bahnwächter.
								Bezirk
79	H. O.	1	—	30 ledig.	1	—	—	Landmann.
80	C. Gj.	1	—	50 verheirathet.	—	—	1	„
81	B. S.	1	—	? —	—	1	—	„
82	B. M.	1	—	21 ledig.	—	—	1	Besenbinder.
								Bezirk
83	B. L.	1	—	25 ledig.	—	1	—	Hirte.

Geburtsort.	Wohnort.	Lepra: tuberosa.	Lepra: anaesthetica (nervor.).	Lepra: mixta.	Seit welchem Jahre die Krankheit angeblich besteht.	Ob am Leben.	Ob gestorben.
Slimac.	Slimac.	1	—	—	1893	—	—
Prozor.	Prozor.	1	—	—	—	—	—
Lizoperci.	Lizoperci.	1	—	—	1857	—	—
Proslap.	Proslap.	1	—	—	1893	1	—
Bugojno.							
Ricica.	Ricica.	1	—	—	1892	—	1 1896
Prusac.	Prusac.	1	—	—	?	—	1 1892
Zdrinici.	Zdrinici.	1	—	—	1897 i. 1895	1	—
Rastievo.	Rasticevo.	1	—	—	1892	1	—
Glamoc.	Novoselo.	1	—	—	1882	1	—
Zenica.							
Sebnja.	Sebnja.	1	—	—	1888	—	1 1895
Janjici.	Janjici.	1	—	—	1886	—	1 1896
Jajce.							
Majdan.	Majdan.	1	—	—	1887	—	1 1895
Majdan.	Majdan.	1	—	—	1892	1	—
Podmilaci.	Podmilaci.	1	—	—	1894	1	—
Hudecko.	Bravnica.	1	—	—	1896	1	—
Travnik.							
Dub.	Dub.	1	—	—	1877	1	—
Obljaj.	Bez. Livno. Obljaj.	1	—	—	1878	1	—
—	—	—	1	—	—	—	—
Vlahovici.	Vlahovici.	1	—	—	1891	1	—
Zepce.							
Kucice.	Kucice.	—	1	—	1887	1	—

Fortlaufende Zahl.	Name.	Geschlecht männliche	Geschlecht weibliche	Alter und Stand.	Confession Mohammedaner.	Confession gr. orth.	Confession Katholiken.	Beschäftigung.
								Kreis
								Bezirk
84	S. P.	1	—	52 verheirathet.	—	1	—	Bauer.
85	M. P.	1	—	48 verheirathet.	—	1	—	"
86	B. R.	1	—	50 verheirathet.	—	1	—	"
87	B. L.	1	—	35 verheirathet.	—	1	—	"
88	V. R.	1	—	40 verheirathet.	—	1	—	"
89	S. G.	—	1	15 ledig.	—	1	—	"
90	C. H.	1	—	16 ledig.	1	—	—	Hirt.
91	S. J. } Geschwister	1	—	50 verheirathet.	—	1	—	Bauer.
92	M. D. } Geschwister	—	1	28 verheirathet.	—	1	–	Bäuerin.
93	S. J.	1	—	40 verheirathet.	—	1	—	Landmann.
94	*T. P.	1	—	30 ledig.	—	1	—	"
95	T. J.	1	—	20 ledig.	—	1	—	"
96	M. L.	1	—	32 verheirathet.	—	1	—	"
97	J. J.	1	—	35 verheirathet.	—	1	—	"
								Bezirk
98	K. J.	1	—	30 ledig.	—	—	1	Landmann.
99	C. M.	1	—	30 ledig.	1	—	—	Schmied.
100	D. S.	1	—	30 verheirathet.	1	—	—	Landmann.
101	C. O.	1	—	24 ledig.	1	—	—	"
102	S. H.	1	—	22 ledig.	1	—	—	"
103	P. S.	1	—	30 verheirathet.	1	—	—	"
104	S. H.	1	—	30 verheirathet.	1	—	—	"
								Bezirk
105	D. J.	1	—	42 verheirathet.	1	—	—	Bauer.

Geburtsort.	Wohnort.	Lepra tuberosa.	Lepra anaesthetica (nervor.).	Lepra mixta.	Seit welchem Jahre die Krankheit angeblich besteht.	Ob am Leben.	Ob gestorben.
Mostar.							
Gacko.							
Jugovici.	Jugovici.	—	1	—	1890	1	—
Gradina.	Gradina.	1	—	—	1890	—	1 1895
Dramesino.	Dramasina.	1	—	—	1888	1	—
Jzgori.	Jzgori.	—	1	—	1894	1	—
Zaluzje.	Zaluzje.	1	—	—	1893	1	—
Davidovici.	Branilovici.	—	1	—	1895	1	—
Sipacno.	Sipacno.	—	1	—	1887	1	—
Branilovici.	Branilovici.	—	1	—	?	1	—
Korito.	Korito.	—	1	—	1885	1	—
Kazanci.	Kazanci.	—	1	—	1885	1	—
Pirovci.	Pizevei.	1	—	—	1875	—	1 1896
Kazanci.	Kazanci.	1	—	—	1890	—	1 1896
Jzgori.	Izgori.	1	—	—	1889	1	—
Garevo.	Garevo.	—	1	—	1892	—	—
Konjica.							
Gostovici.	Gostovici.	—	1	—	1893	1	—
Konjic.	Konjica.	1	—	—	1886	1	—
D. Paprac.	D. Paprac.	—	1	—	1890	1	—
Spiljani.	Spiljani.	1	—	—	—	—	—
Koto.	Koto.	1	—	—	1896	—	—
Trusina.	Trusina.	1	—	—	1889	—	—
Tuhobici.	Tuhobici.	1	—	—	1887	—	—
Nevesinje.							
?	Slivlje.	1	—	—	1887	1	—

Fortlaufende Zahl.	Name.	Geschlecht. männlich.	Geschlecht. weiblich.	Alter und Stand.	Confession Mohammedaner.	Confession or. orth.	Confession Katholiken.	Beschäftigung.
106	S. T.	1	—	23 ledig.	—	1	—	Hirt.
								Bezirk
107	S. H.	—	1	? ledig.	1	—	—	Magd.
								Bezirk
108	D. V.	1	—	50 verheirathet.	—	1	—	Bauer.
109	L. N.	1	—	26 ledig.	—	1	—	"
110	A. A.	1	—	42 ledig.	1	—	—	"
111	B. T.	1	—	32 ledig.	—	1	—	"
								Bezirk
112	M. S.	1	—	18 ledig.	—	1	—	Hirt.
								Kreis
								Bezirk
113	S. S.	1	–	20 ledig.	1	—	—	Hirt.
114	K. H.	1	—	40 verheirathet.	1	—	—	Bauer.
115	M. B.	1	—	22 ledig.	1	—	—	"
116	N. F. vulgo T.	—	1	40 Wittwe.	1	—	—	Bäuerin.
117	H. M.	1	—	? —	1	—	—	Landmann.
								Bezirk
118	A. I.	1	—	23 verheirathet.	1	—	—	Landmann.
119	M. G.	1	—	20 ledig.	—	1	—	"
120	A. A.	1	—	19 ledig.	1	—	—	"
121	O. S.	1	—	20 ledig.	1	—	—	"
								Bezirk
122	B. A. } Geschwister	1	—	12 —	1	—	—	Bauerssohn.
123	B. A. } Geschwister	—	1	20 ledig.	1	—	—	Bauerstochter.

Geburtsort.	Wohnort.	Lepra tuberosa.	Lepra anaesthetica (nervor.).	Lepra mixta.	Seit welchem Jahre die Krankheit angeblich besteht.	Ob am Leben.	Ob gestorben.
Sovina.	Sovina.	1	—	—	1889	—	—
Ljubuski.							
Blagaj.	Dretelj.	1	—	—	?	—	1 1871
Trebinje.							
Volujac.	Volujac.	—	1	—	1887	1	—
—	—	—	—	—	—	—	—
Lastva.	Lastva.	1	—	—	1895	1	—
Klobuk.	Klobuk.	1	—	—	1892	—	—
Bilek.							
Nemanici.	Nemanici.	1	—	—	1891	—	—
D. Tuzla.							
Srebrenica.							
Gruicic.	Gruicic.	1	—	—	1887	—	1 1893
Karancic.	Karancic.	1	—	—	1886	—	1 1892
Gladovic.	Gladovic.	1	—	—	1894	—	1 1895
Rausic.	Rausic.	1	—	—	1889	—	1 1894
—	—	1	—	—	—	—	—
Zvornik.							
Kalesija.	Kalesija.	1	—	—	1889	—	—
„	„	1	—	—	1887	—	—
?	Godus.	1	—	—	1893	—	—
Capardi.	Capardi.	1	—	—	1896	—	—
D. Tuzla.							
Grabovica.	Grabovica.	1	—	—	1889	—	1 1894
„	„	1	—	—	1888	1	—

Fortlaufende Zahl.	Name.	Geschlecht männlich.	Geschlecht weiblich.	Alter und Stand.	Confession Mohammedaner.	Confession or. orth.	Confession Katholiken.	Beschäftigung.
124	K. O.	1	—	20 ledig.	1	—	—	Landmann.
125	S. H.	1	—	23 ledig.	1	—	—	Taglöhner.

Bezirk

Fortlaufende Zahl.	Name.	Geschlecht männlich.	Geschlecht weiblich.	Alter und Stand.	Confession Mohammedaner.	Confession or. orth.	Confession Katholiken.	Beschäftigung.
126	K. O.	1	—	60 verheirathet.	1	—	—	Landmann.
127	M. S.	—	1	30 ?	1	—	—	Bäuerin.
128	K. Z.	1	—	22 ledig.	1	—	—	Landmann.
129	St. M.	1	—	30 verheirathet.	1	—	—	„
130	K. A.	1	—	35 verheirathet.	1	—	—	„
131	M. N.	—	1	—	1	—	—	Bäuerin.

Kreis

Bezirk

Fortlaufende Zahl.	Name.	Geschlecht männlich.	Geschlecht weiblich.	Alter und Stand.	Confession Mohammedaner.	Confession or. orth.	Confession Katholiken.	Beschäftigung.
132	D. St.	1	—	20 ledig.	1	—	—	Bauer.
133	M. B.	1	—	40 verheirathet.	1	—	—	Bäuerin.

Geburtsort.	Wohnort.	Lepra tuberosa.	Lepra anaesthetica (nervor.).	Lepra mixta.	Seit welchem Jahre die Krankheit angeblich besteht.	Ob am Leben.	Ob gestorben.
D. Visca.	D. Visca.	1	—	—	1888	1	—
Zivnica.	Zivnica.	1	1	—	1896	1	—
Vlasenika.							
Sahmanovic.	Sahmanovic.	1	—	—	1890	1	—
Krusevik.	Krusevik.	1	—	—	1887	1	—
Vlasenica.	Vlasenica.	1	—	—	1892	1	—
Gradina.	Gradina.	1	—	—	1891	1	—
Sadici.	Sadici.	1	—	—	1888	1	—
—	—	1	—	—	1887	1	—
Banjaluka.							
Kotor Varos.							
Garici.	Garici.	—	1	—	1887	—	—
Vecici.	Vecici.	1	1	—	1867	1	—

Die Lepra im Gebiete der Donschen Kosaken.

Von

A. Grünfeld in Rostow am Don (Russland).

Vor etwa 6 Wochen hielt ich vor dem XII. internationalen Congresse in der Section für Dermatologie und Syphilis einen Vortrag über die Lepra im Gebiete der Donschen Kosaken. Von Herrn Prof. Lassar und späterhin vom Comité zur Theilnahme an der jetzt stattfindenden Conferenz aufgefordert, erfülle ich eine angenehme Pflicht an dieser Stelle meinen innigsten Dank für die ehrenvolle Einladung auszusprechen.

Wenn sogar vielleicht Einige der hier Anwesenden mit der Mittheilung vom internationalen Congresse her bekannt sind, so glaube ich doch, dass infolge der speciellen Conferenz für diese so wichtige Frage vielleicht auch meine Untersuchungen über die Lepra im Dongebiete sowie Mittheilungen über das Lepraheilserum und Demonstration desselben von Interesse sein werden.

Während meiner Studienzeit auf der alten guten alma mater Dorpatensis hatte ich nicht nur einmal, sondern oft die Gelegenheit Leprakranke zu beobachten. Meine Lehrer weil. Prof. v. Wahl und der seit 20 Jahren mit der Leprafrage sich beschäftigende Prof. Dehio haben uns, ihren Schülern, die Wichtigkeit des Studiums dieser Frage im Interesse der Menschheit überhaupt und speciell für die Wissenschaft warm ans Herz gelegt.

Als ich vor etwa $2^1/_2$ Jahren den ersten Leprafall in Rostow am Don zu sehen bekam und in der vorhandenen Literatur Angaben über die Verbreitung der Lepra im Gebiete der Don'schen Kosaken fand, hielt ich es für meine heilige Pflicht der Frage näher zu treten, um soviel es meine Kräfte erlauben, zu dieser in der letzten Zeit mit vollem Rechte wieder acut gewordenen Leprafrage wenigstens auch etwas beizutragen.

Im August 1895 hatte ich die Gelegenheit, mich mit meinem hochverehrten Lehrer und Chef Herrn Prof. F. J. Pick persönlich über diese Frage zu unterhalten und die vollste Bereitwilligkeit zu vernehmen, die entsprechende Directive bei der genannten Forschung zu ertheilen.

Hier ist nicht der passende Ort die Schwierigkeiten zu schildern,

welche uns während den Untersuchungen zu Theil wurden. Genug, nach langdauernden Unterhandlungen und Vorstellungen bei den verschiedensten officiellen Persönlichkeiten und dank den brieflichen Empfehlungen von Prof. Pick gelang es auf eine officiell an die Medicinalbehörde des Gebietes eingereichte Bittschrift, in welcher es ausdrücklich betont wurde, dass sämmtliche Kosten auf eigene Rechnung übernommen werden, im Juni 1896 die officielle Erlaubniss zu bekommen, die Untersuchung über die Verbreitung der Lepra im Don-Gebiete auszuführen. Dabei wurden mir die von den Landschaftsärzten auf Veranlassung des Medicinal-Departements gesammelten Daten über die Leprakranken eingeliefert.

Ueber die Geschichte resp. geographische Verbreitung der Lepra überhaupt sind in verschiedenen Sprachen classische Werke erschienen und noch in neuester Zeit das v. Bergmann'sche Werk. Ausserdem sind dieselben einem Jeden zu gut bekannt, so dass ich direct zur Schilderung meiner Forschungen übergehen kann.

Die Untersuchungen der weil. Prof. v. Wahl und Münch, sowie von Prof. Dehio und ihren Schülern und mehrerer anderer Autoren haben gezeigt, „dass Forschungen an Ort und Stelle sowie genaues Eingehen auf die Vorgeschichte des Einzelfalles Hülfsmittel sind, durch die man beweiskräftige Thatsachen erhalten kann.“ Und wenn man bedenkt, dass aus verschiedenen privaten Gründen und mangelnder Anerkennung der Wichtigkeit dieser Frage von Seiten Einiger ich nicht in der glücklichen Lage war, einen besonderen Raum resp. Abtheilung auf irgend einem Spital zu bekommen, wo die Untersuchung vom klinischen Standpunkte sowie auch mikroskopisch resp. bacteriologisch studirt werden konnte, so muss das auf der Reise so zu sagen gewonnene Material nach der von den genannten Forschern ausgesprochenen Meinung zur Zeit als genügend erscheinen. Ich will aber hier ausdrücklich betonen, dass ich die Hoffnung nicht verliere auch weiterhin die Leprastudien fortzusetzen und der Oeffentlichkeit zu übergeben.

Bekanntlich werden bei der Lepraerkrankung nicht nur von einigen Autoren (Lutz und Bidenkap, Beaven, Rake u. A.), sondern auch meistentheils, und von den Kranken sogar ausschliesslich, die klimatischen und Bodenverhältnisse beschuldigt. Es wird daher auch aus diesem Grunde nicht überflüssig erscheinen, wenn meine Mittheilung mit der Beschreibung der geographischen Lage des uns interessirenden Gebietes der Don'schen Kosaken beginnt, bei der auch die angeführten Verhältnisse sowie andere sich anknüpfende Thatsachen, wenn auch in kurzen Worten, berührt und somit die hochverehrten Anwesenden mit der Geschichte der Insassen resp. deren Beschäftigung bekannt gemacht werden.

Das Dongebiet resp. das Gebiet der Don'schen Kosaken umfasst den Boden, welcher vom mittleren und unteren Strome des Dons sowie seiner Nebenflüsse bewässert wird. Das Gebiet enthält 15 Millionen Dessjatin, was fast 2000 Quadratmeilen resp. 165000 Quadratkilometer ausmacht.

In administrativer Beziehung besteht das ganze Gebiet aus neun Bezirken resp. Kreisen, unter denen der kleinste den Rostower darstellt.

Die genannten Zahlen sprechen genügend dafür, dass wir mit einem ziemlich grossen Terrain zu thun haben. Die eingelieferten schon früher angedeuteten officiell gesammelten Data zeigten, dass die Lepra hauptsächlich in dem kleinsten letztgenannten Kreise, dem sog. Rostower, verbreitet sei: und so entschloss ich mich auch für die erste Zeit die Thätigkeit auf diesen Bezirk zu beschränken. Dazu bewog mich noch der Umstand, dass hier mehrere Städte sich befinden, unter denen man Rostow, Nachitschewan und Asow nennen kann.

Der Rostower Kreis nimmt den südlichen Theil des Dongebietes ein. Im Norden ist er vom Taganroger, im Osten vom Kreise Tscherkask, im Süden vom Kuban-Gebiet und schliesslich im Westen vom Asow-Meere begrenzt. Im Ganzen nimmt der genannte Kreis $^1/_2$ Theil des Gebietes ein im Umfange von 120 Quadratmeilen oder 6000 Quadratkilometer ein.

Am 1. Januar 1897, nach den Angaben der Kriegspolizei, betrug die Zahl der Bevölkerung 221000. Dazu sind noch hinzuzufügen 120000 Einwohner von Rostow und 29000 von Nachitschewan, so dass wir für unser Wirkungskreis eine Anzahl von 370000 Einwohnern erhalten.

Die Erdoberfläche des ganzen Kreises ist flächenhaft ausgebreitet und steigt allmälig bis zum Asow-Meere herab. Der Boden besteht aus Dammerde und den Untergrund bilden hauptsächlich Sand und Leim. Im ganzen Kreise befinden sich 10—12 Flüsse. Der Grösse nach sowie von Bedeutung ist hier das Don-Delta zu rechnen. Dieser bekannte Fluss bildet hier bis 30 Arme. Fast jeden Frühling kommen hier ausgiebige Flussüberschwemmungen vor, welche der Bevölkerung sehr viel Unglück verschaffen. Die grossen Ueberschwemmungen dauern nicht selten vom März bis Juni fort, so dass in den Wohnungen sehr viel Feuchtigkeit vorhanden ist.

Was sonstige klimatische Verhältnisse des uns interessirenden Terrains betrifft, so haben wir sehr genaue metereologische Beobachtungen vom weil. Director der hiesigen metereologischen Station Mag. S a r a n d i n a k i. Die mittlere Temperatur gleicht + 10,2°C. Die minimale geht bis — 39,8°C. und die maximale steigt bis + 39,8°C. Das Klima ist im Allgemeinen continental. Die einzelnen Jahreszeiten sind sehr unbeständig: in dem einen Jahre giebt es fast keinen Winter, in dem anderen dagegen beginnt derselbe recht frühzeitig mit grossen Schneemengen und starker Kälte. Der Frühling beginnt manchmal zu früh, manchmal zu spät, ist warm und nicht selten sehr kalt, einmal trocken, das andere Mal wieder sehr feucht. — Solche Unbeständigkeit im Klima wird auch im Herbst und Sommer beobachtet. Diese geschilderten Eigenthümlichkeiten des Klimas im Rostower Kreis sind selbstverständlich von nicht unbedeutendem Einflusse auf die Gesundheit der Bevölkerung.

An dieser Stelle wird es auch von Interesse sein, näheres über die medicinische Hülfsleistung im Kreise zu erfahren. Für das ganze ziemlich grosse Terrain sind nur 2 Aerzte bestimmt, welche in den grössten Dörfern, Kagalnik und Alexandrowka, ihren Wohnsitz haben. Hier befindet sich auch je ein Spital mit 18 resp. 16 Betten. Ausserdem

sind noch mehrere Feldscherpunkte vorhanden, je 8 im Wirkungskreise eines jeden der genannten Aerzte.

Es sind aber auch Fälle bekannt, wo von der betreffenden Medicinalbehörde oder sogar auf Befehl des Medicinaldepartements während des Ausbruches von Epidemien sogen. Sanitätsärzte abkommandirt werden.

Die Oberaufsicht des medicinisches Theiles im Kreise befindet sich in den Händen des Kreisarztes, welcher in der Stadt Rostow am Don seinen Wohnsitz hat.

Ohne in die Geschichte der Bevölkerung uns ausführlich einzulassen, wollen wir nur constatiren, das zu Ende des XV. Jahrhunderts die Tataren die Steppen am Don dem Moskauer Fürstenthum übergaben und zu Zeiten Johann des IV. im Jahre 1570 das Kosakenland unter dem Namen Gebiet der Don'schen Kosaken resp. des Don'schen Kosakenheeres sich bildete.

Ausser den Kosaken finden wir im Rostower Kreise auch andere Bevölkerung, unter welcher eine nicht unbedeutende Anzahl von Kleinrussen und auch Grossrussen sich befindet. Es sind jedoch auch Israeliten, Armenier, Griechen, Deutsche und andere Nationen vorhanden. Im Kreise überhaupt beschäftigt sich die Bevölkerung mit Ackerbau und eine sehr grosse Procentzahl bilden Fischer. Wir treffen hier auch einen Theil der Bevölkerung, der sich mit Gemüsebau beschäftigt. Es giebt auch im Kreise verschiedene Fabriken und Werkhäuser und eine nicht unbedeutende Anzahl von Händlern verschiedener Art.

Um die Lebensbedingungen vollständig zu illustriren erübrigt noch zu sagen, dass die Nahrung der Bevölkerung eine gewöhnliche wie bei jeder anderen Landbevölkerung ist. Nur muss hinzugefügt werden, dass Fische in grosser Menge verzehrt werden.

Nach dieser Einleitung können wir uns zur Geschichte der Lepra im Dongebiete wenden.

Die erste Publication über die Verbreitung der Lepra im genannten Gebiet stammt vom ehem. Medicinalinspector Plachow[1]).

Aus dieser Abhandlung ist zu entnehmen, dass zu Ende des XVIII. Jahrhunderts die Lepra im Dongebiet mit Sicherheit constatirt wurde und dass die Kranken in einem besonderen für sie erbauten Hause ihren Aufenthalt hatten. Nach den Beobachtungen von Plachow, kam die Lepra hauptsächlich in den an der Mündung des Dons liegenden Krankendörfern, den sog. „Nisowija Stanizy" vor: Elisawetowskaja, Staro-Tscherkaskaja und Gnilowskaja.

Im Ganzen fanden Unterkunft in dem angeführten Gebäude, welches den Namen Wassiljew-Spital trug, im Laufe von 5 Jahren 42 Leprakranke. Hauptsächlich stammten die Kranken aus der niedrigen Klasse der Bevölkerung, welche dazu sehr arm waren. Aus der höheren Klasse konnte Plachow nur einen General S. beobachten, der an Lepra tuberosa litt. Fast alle Kranken gaben an, dass dem Ausbruche des Leidens eine Erkältung vorausging, die sich nach dem Baden im

1) Plachow, G., Ueber die Elephanthiasis graecorum im Gebiet der Donschen Kosaken. Moskau 1841. Russisch.

Flusse oder nach dem Gebrauch von kalten Getränken und insbesondere nach Durchnässung der Füsse einstellte. Viele wollten die Hauptursache der Erkrankung an Lepra auf den Gebrauch von gesalzenen Fischen, Caviar und gesalzenem Fleisch zurückführen. Die genauere Untersuchung konnte jedoch diese Annahme nicht bestätigen. Bedeutend triftigere Gründe resp. ätiologische Momente für die Erkrankung an Lepra sieht Plachow nicht in der Nahrung, sondern in den klimatischen und atmosphärischen Einflüssen und der mit diesen verbundenen Erkältungen.

Ueber die Gefahr für die Umgebung äusserte sich Plachow u. A. folgendermaassen: Die Lepra, welche im Gebiete der Don'schen Kosaken verbreitet ist, lässt darauf schliessen, dass sie hereditär von Eltern zu Kindern übergehen und manchmal eine sogenannte echte Familienerkrankung darstellen kann. Die Krankheit selbst sei nicht infectiös und aus diesem Grunde sei die Umgebung keiner Gefahr ausgesetzt.

Diese Meinung begründet Plachow mit folgenden Beweisen:

1. Von 27 Kranken, welche Plachow in den Jahren 1839 bis 1841 zu beobachten Gelegenheit hatte, lebte ein jeder vor dem Eintreten ins Spital längere Zeit (10—25 und mehr Jahre) zusammen mit seiner Familie. In keinem Falle ist die Ansteckung irgend eines Familienmitgliedes bekannt.
2. Es giebt kein Beispiel, wo die Krankheit vom Manne auf die Frau oder umgekehrt übertragen wurde.
3. Es giebt kein Beispiel, wo einer der Aerzte oder der sog. Aerzteschüler, die mit Leprösen zu thun hatten, sich angesteckt haben, ungeachtet dessen, dass viele einige Jahre am Spitale fuctionirten.
4. Vom Dienstpersonal hat sich auch kein Mensch angesteckt und endlich
5. Nicht selten wurden im Spital auch andere Kranke zusammen mit den Leprösen behandelt und keiner von den ersteren erkrankte an Lepra.

Man kann alle diese aufgeführten Punkte sehr leicht einer Kritik unterwerfen, aber wir wollen die Geschichte der Lepra in unserem Lande weiter verfolgen.

An der Hand der genannten Arbeit von Plachow, aber erst nach 25 Jahren, nämlich im Jahre 1865, trat mit einem officiellen Schreiben der damalige Medicinalinspector Prosorow auf[1]), welcher nach ausführlichen Auseinandersetzungen u. A. folgende Proposition der höheren Behörde machte:

1. Die Lepra sei keine durch Berührung ansteckende Krankheit.
2. Das im Gebiete sich befindende für Leprakranke bestimmte Spital soll für immer geschlossen werden.
3. Leprakranke können ebenso wie alle anderen Kranken in allen Spitälern resp. Armenanstalten aufgenommen werden.

Die höhere Behörde ging aber auf diese Propositionen des Medicinalinspectors nicht ein, sondern forderte die Medicinalverwaltung

1) Archiv der Medicinalbehörde des Dongebietes. Nowotscherkask 1865.

dazu auf, die Meinungen der übrigen Mitglieder dieser Institution sowie sämmtlicher im Gebiete sich befindenden in den Militärspitälern angestellten Aerzte (14 an Zahl) zu sammeln und vorzulegen. — Es stellte sich heraus, dass sämmtliche Aerzte, auf Grund langjähriger Beobachtungen, ihre Meinung einstimmig dahin äusserten, dass die im Dongebiete existirende Krim'sche Krankheit, d. h. die Lepra, nicht infectiös sei und zwar nicht nur durch alleinige Berührung, sondern, dass sogar im Laufe von mehreren Jahren die Kranken, im Kreise ihrer Verwandten sich befindend, unschädlich für die übrigen Familienangehörigen bleiben.

Das war im Jahre 1868. Es vergingen nicht mehr als 2 Jahre und das Lepraasyl wurde infolge solch' einer überhaupt selten vorkommenden Uebereinstimmung der Meinungen im Jahre 1870 geschlossen.

Somit sollten wir glauben, dass die Lepra im Dongebiete zu existiren aufhörte und man eigentlich keinen Fall mehr zu sehen bekommen konnte.

Das war aber nur in den Aktenstücken resp. in den Kanzeleien der verschiedenen Behörden festgestellt, oder wenn wir uns correcter ausdrücken wollen, müssen wir sagen: „Seit dem Jahre 1870 existirt im Dongebiete, nach officiellen Angaben, keine Lepra mehr. — Und factisch befindet sich in der Medicinalverwaltung ein officielles Schreiben eines Districtarztes vom Jahre 1895, in welchem es heisst: „in meinem Districte sind keine Leprakranken vorhanden". Dass aber jetzt in demselben Districte mehr als 50 Fälle constatirt worden sind, ist auch ein Factum! Wenn wir nun weiter die Geschichte der Lepra im Dongebiete vom nicht officiellen Standpunkte verfolgen, so erfahren wir, dass weil. Prof. Münch, welcher bekanntlich hervorragende Studien über die Lepra ausführte, in den Jahren 1883—84 im Astrachan'schen, im Dagestan- Terek- und Kubangebiete, in den Gouvernements Taurien und Cherson und auch am Don 313 Lepröse gefunden hat[1]). Von diesen 313 Leprakranken kommen 54 auf das Gebiet der Don'schen Kosaken und von dieser Zahl wieder nur 36 auf den uns interessirenden Kreis des genannten Gebietes. Von den 36 Leprösen, welche von Münch untersucht wurden, befinden sich jetzt nur noch 4 Unglückliche am Leben.

Bekanntlich haben die gründlichen Untersuchungen von Münch eine Fülle interessanten Materials geliefert und über das Vorkommen sowie die Art der Verbreitung der Lepra ganz entgegengesetzte Anschauungen wie die vorher citirten Autoren gebracht.

Seit den Untersuchungen von Münch fing man an, in Russland überhaupt etwas mehr Aufmerksamkeit der Leprafrage zu schenken. Die Dorpater Schule resp. die Schüler der alma mater Dorpatensis setzten die Arbeiten über die Verbreitung und Charakteristik der Lepra in den Ostseeprovinzen auch jetzt weiter fleissig und energisch fort[2]).

1) Münch, G. N., 1. Lepra arabum im Süden Russlands. Kiew 1884. Russisch 2. Die Geschichte der Lepra im Terekgebiet. Kiew 1894. Russisch.

2) So könnnen wir auf die Arbeiten von v. Wahl, Dehio, Thoma, Schultze, Zoege, v. Manteuffel, Wellberg, Paulson, Hellat, Gerlach, v. Sass, Winiarski, v. Bergmann, Lohk, Koppel u. A. hinweisen.

Prof. v. Petersen in Petersburg hat bewiesen[1]), dass während der letzten Jahre vereinzelte Leprafälle in 28 russischen Gouvernements vorgekommen sind. Er bewies zugleich, dass unsere Residenzstädte selbst, insbesondere Petersburg, nicht frei von Lepra seien.

In neuester Zeit finden wir fast täglich in der Tagespresse sowie in den medicinischen Zeitschriften Berichte über entdeckte Leprafälle in den verschiedensten Gouvernements des grossen Reiches.

Und so hat sich die Aufmerksamkeit der Regierung von Neuem der wichtigen Frage nach der Häufigkeit der Lepra in Russland zugewandt. Im Jahre 1895 wurde vom Medicinaldepartement angeordnet, dass im ganzen Reiche genaue Zählungen resp. Mittheilnngen über die Leprösen gemacht werden.

Somit wurden im Jahre 1895, also erst 12 Jahre nach den Untersuchungen von Münch, infolge des obengenannten Befehls des Medicinaldepartements von Neuem Daten über die Leprakranken auch im Dongebiete gesammelt. Grade zu dieser Zeit haben wir uns in Rostow am Don niedergelassen und, wie schon in der Einleitung angedeutet. waren wir in der glücklichen Lage im Juni vorigen Jahres mit den Untersuchungen zu beginnen.

Wir kommen somit zur Schilderung unserer sog. Untersuchungsreisen.

Die zur genannten Zeit eingelieferten Acta der hiesigen Medicinalbehörde zeigten, dass im Gebiet sich zur Zeit 78 Lepröse befanden, von denen im Rostower Kreise, in dem von uns so zu sagen erwählten Wirkungskreise, 69 Kranke lebten. Unter diesen befinden sich auch die 4 Leprösen, welche seinerzeit noch von Prof. Münch untersucht wurden.

An der Hand dieser Data begannen wir unsere Untersuchungsreisen. Dabei wollen wir bemerken, dass im Interesse der Sache vorher durch die betreffenden Landschaftsbehörden bekannt gemacht wurde, dass ein Arzt die Gegend bereisen und die Leprösen, oder wie man diese Unglücklichen hier zu Lande nennt, die mit der Krim'schen Krankheit behafteten, untersuchen und gratis Medicamente vertheilen wird. Das Volk dachte nämlich früher, dass die Regierung die Leprösen registrirt, um sie zu zwingen in Spitäler resp. Asyle einzutreten. Das genannte Circular war von grosser Bedeutung, da die Kranken überall selbst zur Untersuchung sich einstellten und sich dabei photographiren liessen. Noch mehr, die von uns untersuchten Kranken beantworteten mit Vergnügen kann man sagen sämmtliche aufgestellte Fragen.

Sehr viel Hülfe leisteten der Kreisarzt Dr. Ussakowsky, der Sanitätsarzt Dr. Malischew und auch die Districtärzte. Von Seiten der Administration haben wir mit wenigen Ausnahmen während der ganzen Zeit nur freundliches Entgegenkommen erfahren. Selbstverständlich haben alle aufgeführten Umstände nur viel Nützliches schaffen können.

1) v. Petersen, O. W., 1. Verbreitung der Lepra in Russland. Monatshefte für prakt. Dermatol. VII. 1888. — 2. 43 Fälle von in Petersburg beobachteter Lepra. Petersb. med. Wochenschr. 1888.

Schon von vorneherein machte ich die Kranken resp. die Angehörigen darauf aufmerksam, dass man es mit einer zur Zeit unheilbaren Krankheit zu thun habe und die Hauptsache darin liege, weiterem Unglück vorzubeugen. Hier wollen wir auch bemerken, dass sämmtliche Patienten vollständig ihre unglückliche Lage inbetreff der Unheilbarkeit ihres Leidens anerkennen und die Angehörigen wieder sich ziemlich prophylactisch verhalten. So kam es uns nicht nur einmal vor, bei der Unterhaltung zu erfahren, dass der betreffende Kranke eine besondere Schlafstelle besitzt, dass man ihm apart zu essen giebt etc. Ja, in einzelnen Fällen fanden wir die Leprösen in speciell für sie erbauten Häuschen resp. aparten Zimmerchen. Einzelne erkannten die Contagiosität der Krankheit, denn in einigen Fällen gaben die Angehörigen z. B. an, dass der betreffende Lepröse in engem Verkehr oder den bezüglichen verstorbenen Leprösen gepflegt hat und deshalb erkrankte auch dieser.

Um die Kranken stets so zu sagen im Auge zu behalten, überliessen wir sämmtlichen von uns beobachteten Kranken Postkarten mit gedruckter Adresse, damit die Leprösen resp. die Angehörigen uns jedesmal den Zustand der Gesundheit event. die Nothwendigkeit von Medicamenten berichten. Das geschah vor noch mehr als 1 Jahre und noch bis auf den heutigen Tag kommen Briefe mit der Bitte, Medicamente zu senden.

Bevor wir zur Schilderung der gewonnenen Resultate übergehen, wollen wir nur noch hier betonen, und wir heben das hervor, nicht um uns speciell besondere Verdienste zuzuschreiben, dass bei gutem Willen und energischer Verfolgung der in Aussicht gestellten Aufgabe und insbesondere bei freundlichem nicht polizeilichem Umgehen mit den Kranken man immer mehr und mehr das Vertrauen der Bevölkerung gewinnt und neue Leprakranke entdecken kann.

Das hat sich auch vollständig bestätigt. Bei der ersten sowie bei allen folgenden Untersuchungsreisen gelang es, immer neue und neue Fälle zu entdecken, so dass wir ausser den 69 officiell angegebenen Fällen noch 47 neue zu sehen bekamen.

Aber, müssen wir zugleich sagen, die Zahl 116 im Rostower Kreise mit Einschliessung der Städte Rostow, Nachitschenan und Asow, entspricht bei Weitem nicht der Wirklichkeit.

Wenn heute die Behörde darauf warten sollte, bis die Leprakranken sich selbst beim Districtarzte melden und nicht Befehle erlässt, die z. B. lauten, dass man in kürzester Zeit ein vollständiges Verzeichniss der Leprösen im betreffenden Kreise der Medicinalverwaltung zustellen soll und derartige Aufträge den Districtärzten ertheilt, von denen ein jeder medicinische Hülfe einer Bevölkerung von über 100000 Mann betreffend leisten muss[1]); und gehen wir etwas weiter, wenn die Behörde darauf warten sollte bis unter den Privat- resp. Specialärzten sich der eine oder andere findet und seine Mühe nicht nur gratis vorschlägt, sondern sogar alle mit den Untersuchungen verbundenen Ausgaben auf seine eigene Rechnung übernimmt, und

1) Im Rostower Kreise betrifft die Zahl der Bevölkerung 221000 und es sind nur 2 Districtärzte vorhanden!

wenn, Alles, wollen wir uns kurz fassen. nicht in Formalitäten, sondern in Factis bestehen soll, wie wir es z. B. in den Ostseeprovinzen haben, so können wir mit Sicherheit sagen, dass wir im Rostower Kreise allein hunderte von Leprösen zu zählen im Stande sein würden.

Selbstverständlich, bei solch' einer Sorge für eine Frage, die von grösster Wichtigkeit für das Land ist, müssen wir auch dafür sehr dankbar sein, dass man uns wenigstens die Untersuchung überhaupt erlaubt hat....

Was haben wir nun eruiren können?

Die aufgeführten 116 Leprösen vertheilen sich folgendermaassen:

St. Gnilowskaja	22
St. Elisawetowskaja	14
Stadt Asow	14
Stadt Rostow a. Don	9
Margaritowka	9
Glafirowka	7
Jeskoje Ukreplenie.	7
Kagalnik	7
Krugloje	3
Alexandrowska	3
Port-Katon	2
Bataisk	2
In 17 verschiedenen Orten	17
Im Ganzen	116

Aus dieser Tabelle entnehmen wir, dass die grösste Anzahl von Leprösen in den Kosakendörfern — Stanizen sich befinden, die nahe am Flusse liegen und den Namen „Nisovija Stanici“ tragen, auf die noch Plachow in den Jahren 1839—41 aufmerksam machte. Wir nennen somit: Gnilowskaja (22 Fälle), dann Elisawenowskaja (vierzehn Fälle) u. s. w.

Von den 116 Leprösen gehören alle mit Ausnahme von 1 Frau und 1 Manne der Bauernklasse an. Sehr viele leben in nicht allzu glänzenden materiellen Umständen, so dass jede Hülfe mit grosser Wohlthat verbunden sein kann.

Was die Nation anbetrifft, so sind sämmtliche Patienten Russen. Es sei aber hier bemerkt, dass nicht alle Lepröse aus dieser Gegend gebürtig sind, sondern wir treffen hier auch Angereiste aus den inneren Gouvernements des Reiches, wo keine Lepra bis auf den heutigen Tag constatirt wurde.

Im Rostower Kreise handelt es sich um 73 Lepröse männlichen und 43 weiblichen Geschlechts. Unter letzteren befinden sich 2 Kinder im Alter von 11 und 12 Jahren. Das Alter der Patienten schwankt zwischen 11 und 76 Jahren, Der Beschäftigung nach vertheilen sich unsere Lepröse folgendermaassen:

Fischer	42
Hauswirthschaft	34
Ackerbau	17
Taglöhner	8
Dienstmägde	4

Wäscherinnen	3
Beamte	2
Schuhmacher	2
Ohne beständige Beschäftigung	2
Schlosser	1
Tischler	1

Aus dieser Tabelle entnehmen wir, dass mit der Lepra zumeist Fischer behaftet sind (42), dann solche, die mit der Hauswirthschft sich beschäftigen (34). Da müssen wir aber besonders betonen, dass in diese Rubrik zumeist und fast ausschliesslich Frauen hineingereiht sind, welche oft am Flusse zu thun haben, wo sie nämlich die Wäsche resp. die Geräthschaften der Fischer waschen.

Wir kommen nun zur Familienerkrankung an Lepra.

Familien, in welchen während der Untersuchungszeit sich:

5 Lepröse in einer Familie befanden giebt es	1
4 " " " " " " "	1
3 " " " " " " "	5
2 " " " " " " "	18

In allen übrigen Familien befand sich je 1 Lepröser.

Diese Notiz wollen wir etwas eingehender besprechen.

Wir finden, dass in einer Familie 5 Geschwister (2 Brüder und 3 Schwestern) leprös sind. Von diesen befinden sich am Leben 4 Diese Geschwister sind von uns in der ganz letzten Zeit photographirt. Die Eltern sind gründlich untersucht und vollkommen gesund gefunden. Es sind in derselben Familie noch 3 Geschwister vorhanden, die ebenfalls zur Zeit vollkommen gesund sind. Die Grosseltern dieser unglücklichen Geschwister sollen an Lepra nicht gelitten haben. Dagegen leidet ein Cousin dieser Geschwister an Lepra. Die Untersuchung erwies nun, dass in der Familie dieses letzteren sein Vater und ein Bruder an Lepra starben. Bis vor einigen Jahren lebten die 2 Familien in nächster Nachbarschaft, und die Kinder spielten nicht selten zusammen.

Wenn wir uns zur Familie wenden, in welcher zur Zeit 3 Lepröse sich befinden, so erfahren wir, dass zuerst die Tochter 26 a. n. vor etwa 8 Jahren erkrankte, dann die Mutter vor 5 Jahren und schliesslich der Vater vor 1 Jahre. Beim Manne der jungen Frau sowie bei ihrem 9 jährigem Knaben ist nichts Abnormes zu constatiren. In der Nachbarschaft, etwa 15—20 Faden entfernt, befindet sich eine Familie, in welcher 2 Lepröse vorhanden sind. Hier erkrankte zuerst vor 7 Jahren die jetzt 11 Jahre alte Tochter und vor 3 Jahren ihre Mutter.

In sehr vielen Fällen erfahren wir aus der Anamnese, dass in ein und derselben Familie mehrere Leprösc waren. Jedoch ist nicht überall directe Verwandtschaft nachgewiesen, sondern Cousinen, Cousins, Tanten und Onkel.

In mehreren Fällen konnten wir durch die anamnestischen Angaben eruiren, dass der betreffende am Leben sich befindende Leprösc in enger Beziehung zu einem verstorbenen Verwandten, wie Mutter oder Schwester, Vater oder Bruder, oder umgekehrt sich befand, indem der Betreffende immer um den Verstorbenen beschäftigt war, ihn pflegte u. s. w.

Hier wird es auch am Platze sein anzugeben, dass oft unter den Leprösen viele junge Frauen sich befinden, die schon während der Erkrankung gesunde und bis auf den heutigen Tag lebende Kinder zur Welt brachten. Ebenso ist diese Beobachtung gegenüber den Männern zu bestätigen, welche noch im kranken Zustande Kinder erzeugten.

Der Form nach zählen wir:

Lepra tuberosa in	59	Fällen
Lepra nervosa in	41	„
Lepra mixta in	16	„ .

Hier möchten wir bemerken, dass in ein und derselben Gegend und in ein und derselben Familie eine und dieselbe Form der Erkrankung zu constatiren ist. Solcher Fälle giebt es hier im Gebiet ziemlich viele. So sahen wir in der Familie mit 4 Leprösen bei allen die maculöse Form. Unter den Kranken mit Lepra mixta finden wir einen, der seit 21 Jahren, den anderen seit 16 und den dritten seit etwa 15 Jahren erkrankt. Es kam uns aber vor, aus den anamnestischen Angaben Fälle zu eruiren, die erst vor einigen Monaten erkrankten.

Wenden wir uns nun zu den ätiologischen Momenten: Selten kam es uns vor, eine andere Ursache der Erkrankung von Seiten der Leprösen event. ihren Angehörigen aufgeführt zu hören ausser Erkältung. Die meisten, insbesondere die Fischer, gaben an, dass sie sich während ihrer Arbeit zumeist im Frühling oder im späten Herbst, nicht selten auch im Winter, wenn sie ins eiskalte Wasser hineinfielen, erkälteten und nach wenigen Tagen ein Leiden begann, das sich schliesslich zur jetzigen Form gestaltete. Viele geben an, dass sie das Leiden während der Flussüberschwemmungen, die manchmal lange Zeit, vom März bis Juni, andauern, sich holten. — Einige wieder geben an, dass während der Fahrt im Winter auf dem Eise sie in den Fluss hineinfielen, sich erkälteten und kurze Zeit darauf erkrankten. Ungeachtet dessen sind aber auch Stimmen zu vernehmen, die sehr deutlich lauten, dass die betreffenden Kranken sich von den Angehörigen angesteckt haben. Die wenn auch nicht intelligenten Patienten event. ihre Angehörigen geben an, dass der betreffende Kranke häufigen Umgang mit den verstorbenen event. noch am Leben sich befindenden Leprösen hatte oder viel die Leprösen pflegte.

Diese Ansicht bringt auch die Bevölkerung dazu, dass sie selber ziemlich prophylactisch verfährt.

Nicht selten stehen Beispiele da, wo der Kranke von der Umgebung ganz einfach ausgestossen und ihm irgend ein Raum ganz apart zugewiesen wird, zumal in Fällen, welche dem Aeusseren nach noch nicht das allzu Schreckliche für das menschliche Auge bieten.

Die Patienten haben zumeist auch ganz besondere Schlafstellen, eigens für sie besorgte Geschirre und die Wäsche wird für sie ebenfalls extra gewaschen.

Wie schon oben angedeutet, ist den Kranken, sowie ihren Angehörigen, zu gut die Unheilbarkeit des schrecklichen Leidens bekannt. Wir aber stehen ja auch ganz ohne Hülfe da. Es wird daher auch nicht Wunder nehmen, wenn wir mit besonderem Interesse die Car-

rasquilla'sche Mittheilung über Lepraheilserumbehandlung zum ersten Mal im vorigen Jahre durchlasen.

Wir sagen es hier aufrichtig, dass wir die Frage besonders energisch verfolgten, nachdem einer der Patienten sich äusserte, dass er nach Columbien reisen wolle. Das veranlasste mich, mit Dr. Carrasquilla in Correspondenz zu treten und von ihm eine Publikation über die Lepraserumbehandlung zu erhalten.

Es wird wohl von Interesse sein, hier Einiges, wenn auch in kurzen Worten, über das Carrasquilla'sche Verfahren bei der Herstellung des Serums, sowie die von ihm gewonnenen Resultate bei der Behandlung mit demselben anzuführen.

Seine Mittheilungen über die Leprasernmbehandlung machte C. in der medicinischen National-Academie zu Santa-Fé-de-Bogata. Im Ganzen waren es solcher bis auf heute drei[1]). Im letzten ausführlichen Bericht giebt Carrasquilla die eigentliche Methode der Gewinnung des Serums an, sowie die zu Versuchszwecken sehr anlockenden Resultate seiner Beobachtungen an einem grossen Krankenmateriale.

Das durch Aderlass von erwachsenen und noch ziemlich kräftigen Leprösen gewonnene Blut, in der Regel von jedem Kranken 100 bis 250 ccm entnommen, wird unter Berücksichtigung der modernsten antiseptischen Cautelen in kleine Kolben aufgefangen. Die mit Blut gefüllten und verschlossenen Kölbchen lässt man 12—24 Stunden vor Lichteinfluss geschützt bei einer 15^0 nicht übersteigenden Temperatur stehen, während welcher Zeit die Trennung des Serums vorsichtig, ohne die Flüssigkeit aufzurütteln abgesogen und in ein Becherglas gebracht wird. Wenn das Serum nicht sofort dem Pferde eingespritzt wird, muss dasselbe, um der Zersetzung beim Aufbewahren vorzubeugen, mit Kampher versetzt, in desinficirten Flaschen gut verstopft und vor Licht und Wärme geschützt werden. Das so bereitete resp. aufbewahrte menschliche Serum wird am besten einem jungen, gut constituirten und mittelmässig fetten Pferde eingeimpft. — Zur Injection wählt man vorzugsweise die Stelle des Schulterblattes; man kann aber auch jede andere Stelle hierzu benutzen. Als Minimaleinzeldosis injicirt C. gewöhnlich 15 ccm. Diese Menge giebt noch keine Reaction. Eine Dosis von 150 ccm ist die höchste, welche C. jemals gebraucht hat. Die Reaction ist in diesem Falle eine sehr starke und charakterisirt sich durch unstillbaren Durst, Appetitlosigkeit, Sträubung des Haares, schwankenden Gang, Temperaturerhöhung etc. Starke Dosen erzeugen

1) a) Communications sur l'emploi d'un procédé sérothérapique appliqué au traitement de la lèpre, faites à l'Académie Nationale de Médeciné de Bogotá (Colombie), par M. le Dr. D. Juan de D. Carrasquilla L. I. Séance du 30. août 1895.

b) II. Séance du 22. November 1895. Communication du Dr. J. de D. Carrasquilla. Médecine hypodermique 1896. Janvier—Mars, p. 15.

c) Tercera communication sobre un procedimento serotherapico applicado al tratamiento de la lepra griega presentado a la Academia nacional de medicina de Bogota el 24 de junio de 1896. Bogotá 1896.

Herrn Dr. P. Zipperer bitte ich auch an dieser Stelle meinen Dank für die liebenswürdige Mühe, der er sich unterzog bei der Uebersetzung der citirten spanischen Abhandlung ins Deutsche entgegen zu nehmen. A. G.

Abscessbildung, ausgedehnte Anschwellungen und Schwierigkeit in der Bewegung.

Als am besten erwies es sich, im Mittel 30—45—60 ccm zu injiciren, und zwar 60 ccm bei grossschlägigen Pferden, 30 ccm bei Pferden mittleren Schlages und 15 ccm bei kleinen Thieren. Unter solchen Bedingungen bleibt das Pferd gesund, und man kann weitere Injectionen, wie auch den Aderlass in kurzen Intervallen repetiren. In diesem Falle zeigt sich die Reaction in starkem Durst während drei Tagen, in Pulsbeschleunigung ohne wesentliche Temperaturerhöhung und auch der Appetit leidet etwas. Nach 5 Tagen ist das Pferd zu seinem Normalzustande zurückgekehrt und man kann die zweite Injection vornehmen, besser ist es jedoch, bis zu deren Vornahme noch einige weitere Tage verstreichen zu lassen. — Nach C.'s Beobachtungen ist es am besten, wenn man injicirt: 30 ccm im Minimum einem Pferde mittlerer Grösse und lässt 10 Tage verstreichen, bis man die zweite Injection vornimmt, worauf man nach anderen 10 Tagen die dritte folgen lässt. Man lässt nun weitere 10 Tage verstreichen, lässt zur Ader und injicirt. Das zweite Aderlassen erfolgt 20 oder 30 Tage nach dem ersten. So fährt man fort, indem man jeden Monat zu Ader lässt und injicirt. Hierbei wird das Pferd durchaus nicht geschädigt und man erhält ein Serum, das stets heilkräftiger wird.

Wenn man das Pferd auf die beschriebene Weise vorbereitet hat, so schreitet man zum Aderlass, der vorzugsweise an der Vena jugularis, und zwar gegen das untere Drittel des Halses zu in der Rinne, welche sich zwischen der Trachea und den Muskeln befindet, vorgenommen wird.

Unter Einhaltung absoluter Asepsis wird das Blut in einem Pokal aufgefangen. Am besten verfährt man hier nach der Methode von Nocard-Roux, man kann aber die Blutentnahme auch nach der Koch'schen Methode vornehmen. — Mittleren Pferden entnimmt man gewöhnlich nicht mehr als 1—1$^1/_2$ Liter. Nach der Blutentnahme wird das Pferd wie gewöhnlich behandelt.

Zur Darstellung des Pferdeserums bedient man sich genau desselben Verfahrens, wie bei der Bereitung des menschlichen Serums, mit Berücksichtigung der aseptischen Cautelen, sowie des Schutzes vor Licht und Wärme. Bis zum Abziehen des Serums lässt man 48 Stunden verstreichen, weil sich das Pferdeserum bekanntlich erst nach längerer Zeit vollständig vom Blutkuchen trennt. Gewöhnlich ist die Abtrennung des Serums bei einer Temperatur von 15^0 nach 36—48 Stunden vor sich gegangen.

Man kann das Serum zur Aufbewahrung mit Kampher versetzen, oder ihm eine Spur von Carbolsäure zugeben. Die Abfüllfläschchen sollen nicht mehr als 10 ccm fassen, mit gut passenden Kautschuckstopfen verschlossen und wie gewöhnlich mit dunkelgefärbtem Papier umhüllt werden.

Die Brauchbarkeit resp. Unschädlichkeit des auf beschriebene Weise hergestellten und conservirten Pferdeblutserums wird jedesmal vor Anwendung durch Injectionen an Meerschweinchen oder Kaninchen festgestellt. — Bei Abwesenheit irgend welcher pathologischer Erscheinungen von Seiten der Versuchsthiere injicirt C. je nach dem Krank-

heitszustande, der Constitution, dem Alter und der Empfindlichkeit der Leprösen 1—5 ccm.

Nach dem Schwinden der Reaction, auf die wir gleich zurückkommen, wird die Injection wiederholt, jedoch hat dieselbe nicht vor 3—5 Tagen zu geschehen.

Für die Injectionen wählt C. den Raum zwischen den Cristae oss· ilium und einer schrägen Linie, die hinter den Trochant. major verläuft.

Für gewöhnlich tritt die Reaction am häufigsten nach der dritten oder vierten Einspritzung, manchmal auch erst nach der fünften und sogar sechsten, aber sehr selten nach der ersten oder zweiten ein. — Die Reaction ist, wenn auch in verschiedenem Grade, bei allen Kranken zu beobachten. Einzelne Erscheinungen treten beständig auf, so dass C. dieselben als „normale" betrachtet, andere Symptome treten wieder „zufällig" auf.

Die „normale" Reaction äussert sich in Folgendem: 2—6 Stunden nach Einführen des Serums tritt allgemeine Mattigkeit und Kälte-, sowie Frostgefühl, begleitet von Durst, Kopfschmerzen, schlechter Laune, Kaltwerden der Extremitäten etc., auf. Nach 1—2stündigem Andauern dieses Zustandes tritt die zweite Reactionsperiode, die sogen. Fieberperiode, auf: Temperaturerhöhung, Zunahme des Durstes und der Kopfschmerzen; Patient wird sehr schwach, so dass er das Bett hüten muss. Dazu gesellt sich noch Schlaflosigkeit und bald darauf wieder Somnolenz und Schwindelgefühl. Puls 110—120 in der Minute. Temperatur schwankt zwischen 38 und 39 ^{0} und erreicht nicht selten 40 bis 41 ^{0}. Darauf tritt die dritte Reactionsperiode auf: starke Schweissabsonderung, der Kranke schläft einige Stunden und erholt sich vollständig von der durchgemachten Reaction. Dieser Zustand tritt gewöhnlich schon in der Nacht bald nach der vollführten Einspritzung ein. Nicht selten halten die zwei ersten Reactionsperioden etwas länger an.

Nach der geschilderten sogen. „normalen" Reaction tritt nicht selten eine „zufällige" auf. Dieselbe ist von Schmerzen in den Muskeln und Gelenken begleitet, so dass sie an acuten Muskel- und Gelenkrheumatismus erinnern. Durchschnittlich dauert die Reactionsperiode 2—3 und nicht länger als 5 Tage. Nicht selten sind neuralgische Schmerzen, sowie das Auftreten von Urticaria und polymorphem Erythem zu constatiren. Alle Erscheinungen sind jedoch temporär, verschwinden dann vollständig, ohne irgend welche Folgen zu hinterlassen. Manchmal kommt es auch zu Asphyxie, welche bald nach der Injection eintritt. Dieselbe tritt ziemlich selten auf, dauert einige Minuten und der Kranke fühlt sich dann von Neuem ganz wohl.

Manchmal sind unangenehme Nebenerscheinungen bei den Injectionen zu constatiren und dieselben äussern sich in Schmerzen an den Injectionsstellen, sowie an den nächstgelegenen Körperstellen, so dass der Kranke auf der betreffenden Seite nicht liegen kann. Infolge dessen kam C. auf die Idee, das Serum innerlich zu verabreichen. Er hat nur einen Versuch einstweilen angestellt und mit glänzendem Erfolge. Der betreffende Lepröse bekam jeden 3. Tag 2,5—3 ccm Serum im Laufe einer Woche. Zur selben Zeit injicirte C. einem anderen Kranken

je 1,0 ccm. Beim ersten Patienten trat Somnolenz erst nach der zweiten Eingabe auf, während beim zweiten Patienten die Reaction bereits nach der ersten Injection aufgetreten ist. In der zweiten Woche erhöhte C. die Einzelgabe bis auf 5 ccm, und es zeigten sich sofort die typischen Erscheinungen der oben geschilderten normalen Reaction. Der Krankheitszustand besserte sich bedeutender beim Patienten, der das Serum innerlich verabreicht bekam.

Die Resultate der C.-Beobachtungen bei der Anwendung des Lepraheilserums waren während der ganzen Untersuchungszeit seit 1895 ein und dieselben, und noch mehr während der letzten Versuchsreihe waren die Erfolge der therapeutischen Anwendung des Serums bedeutend klarer und glänzender als zu Beginne der Untersuchungen.

Die serotherapeutische Behandlung der Lepra verursacht nämlich nach C. folgende Veränderungen: Sie stellt die Empfindlichkeit her. Die Oedeme verschwinden, die Haut fängt an sich zusammenzuziehen, faltet sich und kehrt zum früheren Zustande zurück. Die Knoten platten sich ab, erweichen und kommen zur Resorption, nicht selten von Eiterung begleitet und lassen nur noch Narben zurück. Die Schleimhautgeschwüre beginnen zu vernarben und überragen nicht mehr das Niveau der Haut. Die Sehkraft, welche in Folge der Läsion des N. opticus oder durch Undurchsichtigkeit der Cornea, oder in Folge von an der Iris sitzenden Knoten verloren war, gleichwie das Geruchs- und Geschmacksvermögen sind bei verschiedenen Kranken zurückgekehrt. Die Flecken blassen ab, verlöschen oder bleiben nur mehr als Spuren der Krankheit bestehen, ohne jedoch weder an Zahl noch Ausdehnung zuzunehmen. Die Röthung des Gesichts verschwindet erst einige Zeit nach der Behandlung und bleibt mehr oder minder deutlich ausgeprägt bestehen. Die Haut zeigt grosse Thätigkeit, die Epidermis schuppt sich successive ab und im Allgemeinen wird sie durch eine gesunde ersetzt. — Augenbrauen und Wimpern entstehen aufs Neue. Der Körper bedeckt sich aufs schönste, der Schweiss befeuchtet häufig die Haut, welche früher ausgegerbt, hart und verschorft war. Die physiologischen Erscheinungen, welche mit der Pubertät zusammenhängen, entstehen aufs Neue während der Behandlung bei Kranken, welche zur perpetuellen Sterilität verdammt zu sein schienen in Folge einer Entwickelungshemmung. Der Appetit, die Verdauung, der Schlaf, die Bewegungsfähigkeit, all' das verändert sich in günstiger Weise. Der Kranke wird zufrieden, da er sich von seinem grausamen Leiden befreit sieht, und er verträgt mit einer bewundernswerthen Resignation, ja sogar mit Humor, die Reactionen, weil er einsieht, dass durch sie die Besserung und das Wohlsein gekommen ist und hegt die früher verlorene Hoffnung geheilt zu werden.

Soviel über die erzielten Resultate. Um aber die Carrasquilla'sche Mittheilung vollständig zu referiren, erübrigt noch anzuführen, dass der genannte Autor besonders darauf aufmerksam macht, dass infolge der Wichtigkeit der Frage der Lepraserumbehandlung und der mit der Darstellung des Serums verbundenen complicirten Manipulationen der Staat die Herstellung des Mittels nur bekannten speciellen Instituten resp. Laboratorien zu erlauben hat.

Auf diese Weise hielt ich es für meine moralische Pflicht, in Petersburg dem Kaiserlichen Institute für experimentelle Medicin den Vorschlag zu machen, mit der Bereitung des Serums im Interesse des Reiches, welches schon jetzt Tausende von Kranken überall zerstreut zählt, zu beginnen. — Meine hochverehrten Lehrer Proff. Kobert und Dehio begutachteten diese Absicht und versorgten mich mit den nöthigen officiellen und privaten Empfehlungen. Dank diesen erhielt ich persönlich Ende December vorigen Jahres die Antwort, dass das betreffende Institut zur Vorbereitung des Serums demnächst schreiten wird. Aber.... die Herannahung der bis heute noch nicht dagewesenen Pest verhinderte die Ausführung der nicht unwichtigen Arbeit, und so sah ich mich genöthigt, anderswo anzuklopfen.

Hier möchte ich auch betonen, dass Herr Prof. Dehio, der erst durch mich von den Einzelheiten der Publikationen des Carrasquilla-schen Verfahrens erfuhr, mir die Priorität der Inangriffnahme der Lepraserumdarstellung in Europa zugesprochen hat.

In dankenswerther Weise hat sich die bekannte Firma E. Merck in Darmstadt, welche ich für diese Sache interessirte, bereit erklärt, die Darstellung des Lepraserum nach Dr. Carrasquilla's Verfahren in die Hand zu nehmen.

Das hierfür nöthige primäre Serum von Leprösen wurde von mir selbst im Beisein von noch 2 officiell angestellten Aerzten den Kranken des Rostower Kreises des Dongebietes entnommen und der genannten Fabrik nach Darmstadt zu den Inoculationsversuchen an Pferden, welche der Gewinnung von Heilserum vorausgehen müssen, übersandt.

Das primäre Serum langte in ausgezeichnetem Zustande an und wurde mit demselben genau nach der Vorschrift des Dr. Carrasquilla verfahren und es konnten auf diese Weise seine Beobachtungen an Pferden nur vollständig bis auf den letzten Punkt bestätigt werden.

Dank der schätzenswerthen Bereitwilligkeit der Firma E. Merck der leidenden Menschheit auch in diesem Falle mit grosser energischer und wissenschaftlich begründeter Thätigkeit Hülfe zu leisten, sind wir bereits heute schon im Stande das zuerst in Europa fabrikmässig dargestellte Lepraheilserum der hochansehnlichen Versammlung zu demonstriren.

Die Arbeiten resp. Anfertigung des Lepraserums schreitet immer mehr vorwärts. An primärem Serum wird es auch nicht fehlen, da die Patienten in Folge der im Volke verbreiteten Meinung, dass das unreine Blut weggeschafft werden muss, sogar darum dringend bitten von ihnen Blut zu nehmen. Es wird somit die Möglichkeit gegeben, in kurzer Zeit den hervorragenden Forschern der Leprafrage resp. den Vertretern der Lepraasyle Serum zu Versuchszwecken zur Verfügung zu stellen[1]).

Mögen die Resultate, welche Carrasquilla erzielte, auch in Europa und in allen Welttheilen Bestätigung finden. Dann wird

1) Wir haben bereits die Versuche am Don begonnen und gewisse Quanta Serums hervorragenden Forschern in Rumänien, Bosnien, Bulgarien und Deutschland zur Verfügung gestellt und werden dasselbe auch späterhin thun. 13./25. XI. 1897. A. G.

tausenden von Menschen Vieles für die Gesundheit geleistet werden und der Carrasquilla'sche Namen nie der Vergessenheit anheimfallen.

Mit dieser Nachricht so zu sagen komme ich zum Schluss meiner Mittheilung und möchte nur noch in einigen Worten betonen, dass im Dongebiete und speciell im Rostower Kreise die Lepra grosse Opfer fordert. Die Beobachtungen sprechen mehr für die Contagiosität als für die Heredität. Eine nicht unbedeutende Rolle ist der Beschäftigung sowie den klimatischen Verhältnissen zuzuschreiben.

Was die Forschung der Lepra in Russland überhaupt und speciell im Dongebiet anbetrifft, so kann ich sie mit folgenden Worten charakterisiren:

„Multum adhuc operis restat,
Multumque restabit."

Die Lepra im Gouvernement Kursk.

Von

G. Zwingmann in Kursk.

Bis zu meiner Anstellung als Medicinalinspector war in diesem Gouvernement kein Fall von Lepra weder beobachtet, noch beschrieben worden. Da ich früher in Gegenden des russischen Reiches gelebt hatte, wie z. B. im Küstengebiet von Ostsibirien und im Astrachanischen Gouvernement, wo ich Gelegenheit hatte, nicht wenige Leprakranke zu beobachten, so war es selbstverständlich, dass ich auch im Kurskischen Gouvernement nach solchen Kranken fahndete, obgleich ich mir gestehen musste, dass hier die Bedingungen wesentlich andere seien, als in den genannten Küstengebieten, da das Kurskische Gouvernement ein vollkommenes Binnenland und unvergleichlich höher über dem Meeresspiegel gelegen sei. Veranlassung zu der Voraussetzung, dass im Kurskischen Gouvernement dennoch Leprakranke vorhanden sein könnten, gab mir die ausserordentlich grosse Menge registrirter tertiärer Syphilitiker, unter denen ich auch Lepröse vermuthete, ein Verdacht, der darauf sich gründete, dass Tausende von Bauern, um sich den Lebensunterhalt zu erwerben, auf Arbeit nach der Krim, in das Gebiet der Donschen Kosaken, in den Kaukasus und in das Astrachanische Gouvernement auf die Fischereien ziehen, wo sie genug Gelegenheit haben, sich zu inficiren und von da inficirt zurückzukehren. Von Isolirhäusern, Leproserien, existirt in allen diesen Gegenden nichts. Meine Voraussetzung war nicht ganz unbegründet. Im Jahre 1892 kam aus dem medicinischen Departement des Ministeriums des Innern plötzlich die Nachricht an den Kurskischen Gouverneur, dass im Warschauer Ujasdowschen Kriegshospital ein Reservesoldat Namens Gregor Orechow, aus dem Korotschaschen Kreise des Gouvernements Kursk gebürtig, an der Lepra krank liege und dass daher die Anordnung getroffen werden möge, besagten Orechow in das Stadtkrankenhaus dieses Kreises, das, beiläufig bemerkt, nur über 20 Betten verfügt, unterzubringen, mit der Weisung strenge Isolation zu beobachten. Da das aus Raummangel durchaus nicht anging, so wurde Orechow nach Kursk in das Gouvernements-

Landschaftshopital übergeführt, aber auch hier wegen Raummangels nicht lange beherbergt, sondern in ein Leprosorium des Petersburger Gouvernements befördert, wo er sich noch jetzt befinden soll. Nach seinen eigenen Aussagen sei Orechow als Knabe von 15 Jahren mit seinem Vater zuerst in den Kaukasus gezogen, sodann von da in das Astrachanische Gouvernement auf die Fischereien. Im Kaukasus und im Astrachanischen Gouvernement sei er immer gesund gewesen, auch als er in den Militärdienst eintrat, habe er keine Anzeichen seiner derzeitigen Krankheit gehabt, sie sei erst nach Verlauf von $1^1/_2$ Jahren in Form von Knoten auf den Händen und Füssen und später im Gesicht aufgetreten. Die Incubationszeit war also eine Jahre lange. Die Empfindlichkeit der Haut war auf einzelnen Stellen vollkommen erloschen, so dass er häufig Verbrennungen erlitt. Eine Photographie ist leider nicht von ihm vorhanden.

Dieser erste Fall von Lepra im Kurskischen Gouvernement ist also kein genuiner, er stammt, aller Wahrscheinlichkeit nach, von einer Infection im Astrachanischen Gouvernement her. Doch hat dieser Fall zur Entdeckung eines anderen Krankheitsfalles an Lepra im Kurskischen Gouvernement Anlass gegeben. Aufmerksam gemacht auf die eigenthümlichen Veränderungen an Händen und Füssen und im Gesicht des Gregor Orechow, fiel dem Stadtarzt von Korotscha, Herrn Beljawsky, im Ambulatorium ein Knabe von ungefähr 15 Jahren auf, der seiner Hautaffection an den Händen und im Gesicht wegen frappante Aehnlichkeit mit Orechow hatte. Er stellte daher bei ihm die Diagnose auf Lepra tuberosa. Dieser Knabe, Joseph Saken, war der Sohn eines Bauern, aus dem benachbarten Belgorodschen Kreise gebürtig. Sein Vater soll 1882 mit seiner Familie in den Kreis Korotscha übergesiedelt, bald darauf an der Lungenschwindsucht erkrankt und vor einigen Jahren an derselben gestorben sein. Geschwüre und Knoten soll er an der Haut nirgends gehabt haben. 1886 zeigten sich bei Joseph Saken die ersten Symptome der Hautkrankheit. Er lebte mit seiner Mutter und seinem Bruder beständig in einem Zimmer zusammen, doch keiner von ihnen hat bis jetzt irgend welche Zeichen von Infection an sich. Der Kranke wurde der Gesellschaft der Aerzte in Kursk vorgestellt und Alle waren einstimmig der Ansicht, dass Joseph Saken an der Lepra tuberosa leide. Trotzdem wurde er nicht isolirt und keinem Leprosorium übergeben aus dem angeblichen Grunde, dass Lepröse in den inneren Gouvernements des europäischen Russland, also in den trockenen Binnengouvernements, keine Ansteckung hervorbrächten und die Lepra von selbst heile. Woher diese Meinung stammt, worauf sie sich fusst, habe ich nicht eruiren können. Auch machte man im Kreise der Aerzte geltend, dass kein Leprakranker gezwungen werden könne, gegen seinen Wunsch in ein Leprosorium eingesperrt zu werden.

Nach den eingezogenen Nachrichten soll Joseph Saken im laufenden Jahre gestorben sein, also ungefähr 11 Jahre nach seiner manifesten Erkrankung. Die Photographie stammt vom Jahre 1892. Persönlich habe ich diesen Fall nicht beobachtet und auch nicht gesehen. Ob eine mikroskopische und bakteriologische Untersuchung stattgefunden hat, weiss ich nicht, bin aber der Meinung, dass solche nicht gemacht worden ist. Waren die Knollen und Geschwüre lepröser und nicht tu-

berculöser Natur. nun so haben wir es hier mit einer vollkommen genuinen Erkrankung an Lepra im Kurskischen Gouvernement zu thun, denn die Vermuthung einer Infection von aussen her scheint durchaus unhaltbar.



Joseph Saken.

Schon 1893 wurde mir bei meiner Nachfrage nach Leprafällen die Mittheilung gemacht, dass im Ambulatorium des Stadtkrankenhauses von Putiwl, einer Kreisstadt des Kurskischen Gouvernements, zwei alte Bäuerinnen erschienen seien, die durch die bräunliche Farbe und Aufgedunsenheit des Gesichts, sowie durch Knötchen an den oberen Extremitäten aufgefallen seien. Man wollte sie im Krankenhause zurückhalten, doch ehe man sich's versah, waren sie verschwunden. Nach diesen fahndete ich ganz besonders, bis es mir endlich mit Hülfe der Landpolizei und der Herren Landschaftsärzte gelang, sie ausfindig zu machen. Im September 1895 sah ich sie zum ersten Male im Dorfe Sagaréwka des Putiwlschen Kreises, in einer Entfernung von ungefähr 15 Werst von der Grenze des Poltawaschen Gouvernements.

Die eine von ihnen war die Bäuerin Agripina Radionowa Sleptschenko, gegen 50 Jahre alt, ist verheirathet und hat zwei Kinder: einen verheiratheten Sohn mit drei Kindern und eine unlängst verheirathete Tochter. Ihr Mann ist am Leben. Ihre Krankheit fing vor ungefähr 8 Jahren mit der Entwickelung von Knötchen und Knoten auf beiden Oberarmen an. Der Zustand, in dem ich sie vorfand, war folgender: sie ist von mittlerem Wuchse und Körperbau; ihr Panniculus adiposus ist schwach entwickelt, während Muskel- und Knochensystem regelrecht ausgebildet sind. Die Körpertemperatur ist normal, der Puls schwach, 84 in der Minute, das Athmen sehr erschwert. Die Percussion ergiebt normale Grenzen der inneren Organe; die Auscultation der

Lungen weit verbreitete grossblasige Rhonchi; die Herztöne sind dumpf, Geräusche nicht wahrzunehmen. Das Gesicht ist infiltrirt, stellt gleichsam eine massive Narbe von dunkler Bronzefarbe dar, ist sehr entstellt und hat das charakteristische Aussehen der Facies leonina. Aehnliche Narben befinden sich auf den Unterarmen und den Unterschenkeln; auf den Oberextremitäten sind Knoten in grosser Anzahl, von dichter, harter Consistenz und verschiedener Grösse: von Erbsen- bis zu Haselnussgrösse vorhanden. Auf den unteren Extremitäten sind einige wenige Knoten sichtbar. Die Ränder der Nasenöffnungen sind geschwürig zerfallen; auf dem Halse sind einzelne tiefe runde Geschwüre von 10- bis 20-Kopekengrösse vorhanden. Auf dem Handgelenk beiderseits, sowie auf beiden Fingern, sieht man Geschwüre von unregelmässiger Form, welche die ganze Dicke der Haut durchdringen. Die Form der Finger, besonders der Zeigefinger, die sich in äusserster Extension befinden (auf der Photographie ist es nicht zu sehen), ist äusserst verunstaltet, die Beweglichkeit der Gelenke sehr beeinträchtigt, bis zu dem Maasse, dass die Kranke nicht im Stande ist, irgend einen Gegenstand zu ergreifen und zu halten. Vollkommener Verlust des Berührungs- und Schmerzgefühls an beiden Unterarmen, im Gesicht ist das Gefühl nur an einzelnen Stellen erhalten. Am Rumpfe, wo sich ziemlich grosse Narben befinden, ist das Gefühl gleichfalls bedeutend herabgesetzt. Das Allgemeingefühl der Kranken ist sehr schlecht, hauptsächlich klagt sie über die starke Behinderung der Athmung, über Schmerz und Brennen in der Brust und in den Händen, und über ganz ausserordentliches Kältegefühl, daher sie sich beständig in einen Pelz einhüllt. Kälte verträgt sie gar nicht.

Die Photographie stammt vom 7./19. October 1895.

Im Herbst 1896 besuchte ich wieder das Dorf Sagarewka, um mich über den Gesundheitszustand der Leprösen zu unterrichten, doch zu spät, sie war im März desselben Jahres gestorben. Diese Patientin, sowie die gleich zu beschreibende, waren nie über die Grenzen des Putiwlschen Kreises gekommen, es sind das also vollkommen genuine Fälle des Kurskischen Gouvernements; auf welche Weise die Enstehung oder die Ansteckung zu Stande gekommen sei, bleibt ein Räthsel, da Eltern und Verwandte dieser beiden Bäuerinnen vollkommen gesund gewesen sein sollen. Es bliebe vielleicht nur eine Möglichkeit der Ansteckung an Lepra übrig, nämlich die durch ländliche Bettler, welche in Menge die Gouvernements durchziehen und nicht selten an Hautkrankheiten aller Art leiden. Da dieselben in den Dörfern übernachten, so können sie wohl auch zu Ansteckungen Veranlassung geben.

Die andere Lepröse desselben Dorfes Sagarewka, die Bäuerin Jewfimija (Euphemia) Fedorowa Jaschtschenko, gegen 50 Jahre alt, ist in Sagarewka geboren und hat beständig daselbst gewohnt; sie hat sich ununterbrochen mit häuslichen und mit Feldarbeiten beschäftigt. Sie ist verheirathet und hat 3 verheirathete Töchter und zwei erwachsene Söhne. Ihr Mann lebt. Seit ungefähr 10 Jahren erschienen bei ihr im Gesicht und auf den Händen Knötchen, die sich allmälig bis zu der Stufe entwickelten, wie ich sie im September 1895 antraf; sie war wiederholt mit Jod und Quecksilber behandelt worden (von wem? das erfuhr ich nicht; wahrscheinlich von Arztgehülfen, Feldscheerern), aber

ohne den geringsten Erfolg. Die Patientin ist mittleren Wuchses, guten Körperbaues und macht den Eindruck einer ziemlich rüstigen Greisin. Der Panniculus adiposus ist gut entwickelt, das Muskel- und Knochensystem ist normal; keine Erhöhung der Temperatur; Puls 80 in der Minute von mittlerer Kraft. Durch Percussion und Auscultation nichts Anomales zu constatiren. Das ganze Gesicht ist gedrängt besetzt von Knötchen und Knoten, von infiltrirtem Gewebe umgeben. Solche Knoten, nur in geringerer Menge, sind auch auf den Unterarmen zu sehen, während die Haut des Rumpfes, sowie die der Unterextremitäten, von ihnen verschont ist. Die Knoten sind fest und hart und durchaus schmerzlos. Die Haut, welche die Knoten bedeckt, ist fast von normaler Farbe. Auf dem rechten Unterarm ist eine Verschwärung von der Grösse einer Volae manus adulti wahrzunehmen, welche nach der Aussage der Kranken von einer Verbrennung herrührt. Das tactile und Schmerzgefühl der Haut ist an den Unterarmen und im Gesicht geschwunden, in Folge dessen nach den Aussagen der Patientin sie sich häufig Verbrennungen aussetzt. Das Allgemeingefühl der Frau ist ziemlich befriedigend. Auch diese Kranke klagte über bedeutendes Kältegefühl. Im Rachen wurden auch Knoten wahrgenommen, aber ohne Verschwärung. Der Zustand dieser Patientin im Jahre 1896, wo ich sie zum zweiten Male sah, hatte sich in keiner Beziehung verändert, sie war ebenso munter und rüstig, wie früher, beschäftigte sich mit ihrer häuslichen Wirthschaft und war Wärterin ihres kleinen Enkels, dem sie häufig mit ihren kranken Händen den Mund und die Nase abwischte; ungeachtet dessen hatte der Knabe nicht die geringsten Zeichen einer Hautaffection am Körper.

Auch die übrigen Familienmitglieder dieser beiden zuletzt erwähnten Leprakranken, welche zufällig anwesend waren, wurden im Jahre 1895 von mir besichtigt, wobei sich herausstellte, dass der Sohn der verstorbenen Agripina Sleptschenko-Sergius ein kräftig gebauter Landmann, an den Unterarmen mehrere verdächtige Knoten und Infiltrate zeigte. Auch bei der Nachbarin der Sleptschenko, Stephanída Kukóbina, waren am Kinn solche verdächtige Knoten und Infiltrate wahrzunehmen. Bei meinem Besuche des Dorfes Sagarewka im Jahre 1896 hatte ich nicht Gelegenheit, dieser beiden letzten Personen ansichtig zu werden, da sie in das benachbarte Gouvernement Poltawa auf Arbeit sich begeben hatten. Durch diesen Umstand veranlasst, wandte ich mich an die Medicinalbehörde des Poltawaschen Gouvernements mit der Bitte, mir mittheilen zu wollen, ob daselbst nicht auch Leprafälle vorgekommen seien und namentlich an der Grenze des Kurskischen Gouvernements. Die Antwort lautete dahin, dass allerdings im August des Jahres 1894 in das Pirjatinskische Stadtkrankenhaus ein Bauer Namens Semón Boródko, im Pirjatinskischen Kreise gebürtig, mit ausgesprochener Lepra tuberosa eingetreten sei, derselbe aber am 2. October 1895 nach Jamburg im Gouvernement Petersburg ins Leprosorium expedirt worden sei. Der Pirjatinskische Kreis grenzt nicht an das Kurskische Gouvernement. Ueber Boródko wurde mitgetheilt, dass er 4 Jahre in der Pulverfabrik von Nikolajew, einer Stadt unweit des schwarzen Meeres, gearbeitet habe, dort erkrankt sei und im Februar 1894 in sein Heimathsdorf Grigorowka zurückgekehrt sei.

Andere Leprafälle seien im Poltawaschen Gouvernement nicht vorgekommen.

Die Krankengeschichte der Bäuerin Akilina Udowa beweist so recht, wie die Lepra in den Gouvernements Russlands, wo sie sporadisch auftritt und Syphilis eine häufige Erscheinung ist, sehr leicht mit dieser letzten verwechselt werden kann. Ich traf die Kranke in der weiblichen syphilitischen Abtheilung des Stadtkrankenhauses von Putiwl ganz zufällig bei der Inspection desselben im Herbst vorigen Jahres. Die Krankheitserscheinungen der Lepra waren bei ihr im Gesicht so auffällig, dass ich trotz der schlechten Beleuchtung die Diagnose par distance machen konnte. Die anwesenden Aerzte waren hierüber sehr erstaunt, aber stimmten mir bei, als ich ihnen den Fall näher demonstrirte. Ungeachtet dessen wurde die Kranke nach Kiew expedirt, um das Urtheil des Prof. Stukowenkow über die Krankheit zu erfahren. Prof. Stukowenkow war mit meiner Diagnose vollkommen einverstanden und demonstrirte den Studenden den Fall als typische „Lepra tuberosa"; der mikroskopische und bacteriologische Befund ist mir nicht mitgetheilt worden.

Die Bäuerin Akilina Udowa ist 23 Jahre alt, im Dorfe Joukowka im Putiwl'schen Kreise geboren. Dieses Dorf ist ungefähr 5 Werst von dem Dorfe Sagarewka entfernt, wo im Jahre 1895 von mir mehrere Leprakranke constatirt worden waren. Beide Dörfer befinden sich an der Grenze des Poltawa'schen Gouvernements. Mit den Kranken im Dorfe Sagarewka will die Udowa nie verkehrt haben und nicht zusammengekommen sein. In ihrer Kindheit hat sie grosse Neigung zu Nasenbluten gehabt, welches Uebel bis zum 18. Lebensjahre gewährt hat. In ihrem 18. Lebensjahre oder ein wenig früher traten auf den Mammis dunkle Flecken auf, welche seit der Zeit nie geschwunden sind, denen sie aber auch keine besondere Bedeutung zumaass, da sie keine Beschwerden veranlassten. Verheirathet hat sie sich vor drei Jahren und erkrankte darauf an den natürlichen Pocken. Bald darauf erschien an Händen und Füssen ein knotenförmiger Ausschlag. Schon früher waren bei ihr an den Füssen Bläschen aufgetreten, die platzten und lange Zeit nicht heilende Geschwüre hinterliessen; sie bestanden gegen zwei Jahre hindurch. Hiernach traten auch im Gesichte Knoten auf und seit der Zeit hat sich die Krankheit bedeutend verschlechtert. Die Kranke begab sich in das Putiwl'sche Stadtkrankenhaus und wurde dort gegen Syphilis behandelt mit Merkur und Jod, ein Erfolg aber nicht erzielt, im Gegentheil zerfielen einige von den Knoten, wurden zu Geschwüren, die sich später mit Borken bedeckten. An einzelnen Hautstellen wurde eine Hyperästhesie constatirt.

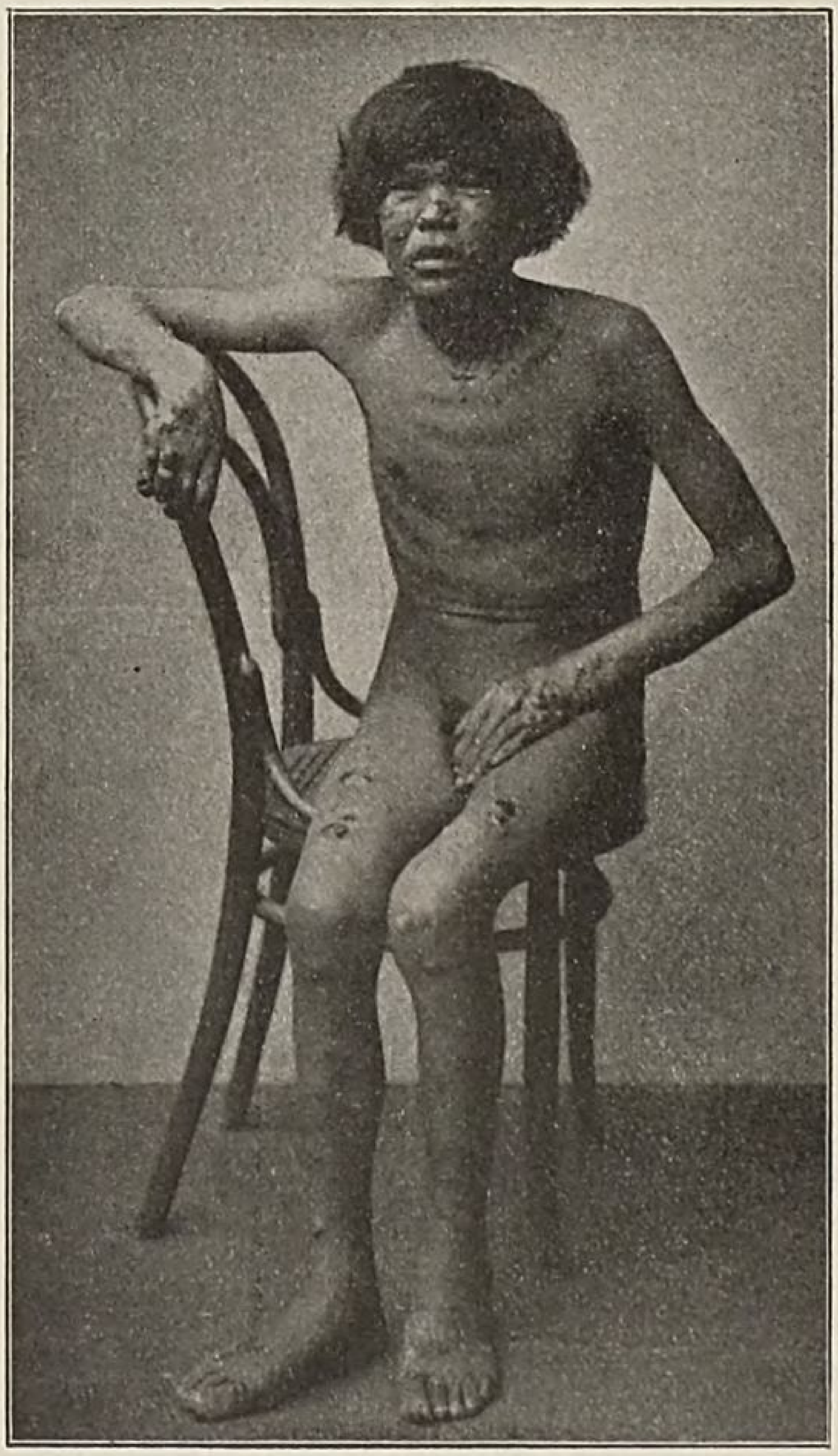
Der Status, den ich vorfand, war folgender: Der Panniculus adiposus war schwach entwickelt. An den inneren Organen war nichts Abnormes zu constatiren. Die Haut des Gesichts: am Kinn, um die Lippen, um die Nase und über den Augenbrauen war stark infiltrirt und mit vielen Knoten, von der Grösse einer Erbse bis zu der einer Kirsche, behaftet. Derartige Infiltrate sah man auch auf der Streckseite der Hände, Füsse, Arme und Beine, die auf diesen Stellen ebenfalls mit einer Menge von Knoten bedeckt waren, von denen einzelne

dem Gefühl nach weich, andere hart erschienen. Aber auch der härteste der Knoten zeigte sich im Innern erweicht und von einer käsig-eiterigen Masse erfüllt. Die Haut über den Knoten war leicht pigmentirt und zwischen den Knoten fanden sich hier und da Narben, welche des Pigments vollkommen ermangelten. Auf den Brüsten waren sehr stark pigmentirte Flecken zu sehen, welche mit weissen Narben abwechselten, wodurch die Haut ein marmorirtes Aussehen erhielt. An den übrigen Körperstellen war eine solche Pigmentation nicht wahrzunehmen. Der ganze weiche Gaumen war mit graulichen Knoten, welche von gerötheter Schleimhaut umgeben waren, bedeckt; einzelne von den Knoten waren geschwürig zerfallen. Aehnliche Veränderungen der Schleimhaut setzten sich auch auf den Larynx fort, wodurch die Stimme sehr rauh geworden war. Während an der Haut der Brustdrüsen vollkommene Gefühls- und Schmerzlosigkeit sich herausstellte, war die Anästhesie der Haut des Gesichts und der Extremitäten nicht so hervorgetreten, sondern mehr verwischt.

Unter den Verwandten und Nachbarn der Kranken hat keiner eine ähnliche Krankheit gehabt. Der Bruder, 38 Jahre alt, litt während 5 Jahren an Syphilis, zeigt aber seit zwei Jahren nicht die geringsten Spuren einer Erneuerung der überstandenen Krankheit. Der Arzt, der ihn besichtigte, fand Narben am weichen Gaumen, wodurch die Uvula verkürzt worden und zur Seite gezogen ist. Am Halse finden sich bei ihm umfangreiche Narben, ebenso unterhalb des Kinns. Nach seinen Aussagen zu urtheilen, ist er mit Quecksilber behandelt worden.

Im Monat April d. J. erhielt ich vom Arzte des Stadtkrankenhauses zu Rylsk, auch einer Kreisstadt des Gouvernements Kursk, die Meldung, dass ein 19jähriger Bauer, Alexei Artemenkow, aus dem Putiwl'schen Kreise, in das Krankenhaus aufgenommen sei, der alle Zeichen von Lepra an sich trage. In Folge dessen begab ich mich zuerst nach Rylsk, um den Kranken in Augenschein zu nehmen, und dann in dessen Heimathsdorf Pospeschewka des Putiwl'schen Kreises, um mich über den Gesundheitszustand seiner Verwandten und Hausgenossen zu instruiren. Ich brachte Folgendes in Erfahrung: bei dem Kranken Alexei, der Hirte war, sich aber auch mit Pflügen beschäftigte, zeigte sich vor ungefähr drei Jahren am rechten äusseren Fussknöchel eine schwielige Anschwellung, gleichsam durch den Druck der Fussbekleidung hervorgerufen. Die Schwiele währte zwei Jahre und wurde von Schmerzen in den Knochen der Hände und Füsse begleitet. Er wurde mit häuslichen Mitteln behandelt, wonach die Schmerzen nachgelassen hätten, aber nach einer stattgehabten Erkältung sich wieder und in verstärktem Maasse einstellten. Darauf erschien oberhalb des rechten Knies ein Knoten unter der Haut, der in Verschwärung überging und sich mit einer dunkelrothen Borke bedeckte. Im Jahre 1895 zeigten sich Knoten an den Händen von der Grösse einer Erbse bis zu der einer Haselnuss. Zuerst waren ihrer nur drei auf jedem Handrücken, doch vermehrte sich die Zahl derselben mit jeder Woche; einige von ihnen brachen auf, die Absonderungen waren bräunlich-roth von Farbe, die Borken aber dunkelgrau. Im Anfange dieses Jahres zeigten sich Knoten auch auf den

Fussrücken und Zehen, die Nägel verdickten sich, wurden bröcklich und die Epidermis um sie herum ging in weissen Schüppchen ab. Im Jahre vorher, d. h. 1896, zeigten sich Infiltrate und Knötchen im Gesicht, zuerst an den Wangen, darauf um und auf der Nase; die Lippen verdickten sich. Die Farbe der Haut über den Knötchen war eine schmutzig-graue. Die Haut über den Handgelenken, an den Ober- und Unterschenkeln wurde erst im Anfange laufenden Jahres von den Knoten afficirt; viele von ihnen gingen in Verschwärung über.



Alexei Artemenkow.

In diesem Zustande suchte der Kranke Hilfe in den Ambulatorien der Landschaftsärzte des Putiwl'schen und auch des Rylski'schen Kreises, wo er überall als mit Syphilis behaftet angesehen wurde und demgemäss mit Quecksilber und Jod behandelt wurde. Eine Besserung erfolgte indessen nicht, sondern eine Verschlechterung, denn die Schmerzen in den Knochen nahmen bedeutend zu und die Knoten gingen in Eiterung über. Im Pharynx, am harten und weichen Gaumen, ist die Schleimhaut uneben und höckerig. Die Halsdrüsen

sind geschwollen. Die Empfindlichkeit der Haut ist überall erhalten, an einzelnen Stellen ist sogar eine Hyperästhesie wahrzunehmen. Die inneren Organe liessen durch Percussion und Auscultation keine Abweichung vom Normalen wahrnehmen. Die Körpertemperatur und der Appetit waren normal.

Von den Verwandten ist keiner krank. Mutter und Bruder leben in äusserster Armuth; der Vater ist todt, woran er gestorben ist, konnte ich nicht in Erfahrung bringen. Ich besichtigte alle Nachbarn im Dorfe, doch keiner von ihnen gab zu dem geringsten Verdacht auf Lepra Veranlassung. Syphilis soll im Dorfe eine ziemlich häufige Erscheinung sein und auf nicht geschlechtlichem Wege sich ausbreiten. Bei meiner Besichtigung habe ich nicht einen Syphilitischen angetroffen. Ich rieth den Herren Aerzten, den Kranken nach Kiew in die Universitätsklinik zu befördern; doch ist dieses nicht geschehen, wahrscheinlich, weil der Kranke selbst sich dem widersetzte. Nur eine gründliche mikroskopische und bacteriologische Untersuchung kann in einem solchen Falle Aufschluss über die wahre Natur der Erkrankung bringen. Der Patient ist wieder in sein Dorf zurückgekehrt. Es ist dieses Dorf von den früher erwähnten Dörfern: Sagarewka und Joukowka des Putiwl'schen Kreises, wo die Lepra zweifellos constatirt worden ist, sehr weit entfernt, über 80 Werst; eine geschäftliche, commercielle Verbindung existirt zwischen ihnen auch nicht, somit ist jede Möglichkeit einer Uebertragung der Krankheit von dort fast mit Gewissheit ausgeschlossen. Die Photographie von Alexei Artemenkow ist im Frühjahr d. J. angefertigt.

Ausser den erwähnten Kranken ist zu Anfang dieses Jahres noch eine Lepröse zu meiner Kenntniss gelangt, eine Bäuerin des Belgorodschen Kreises des Kurski'schen Gouvernements, aus dem Dorfe Suprunowa, Namens Maria Raschina, die im Endstadium der Krankheit im Kurski'schen Gouvernementskrankenhause Zuflucht und Hilfe suchte. Sie glich in ihrem Aussehen sehr der Agripina Sleptschenko im Dorfe Sagarewka; sie hatte ebenfalls eine ausgesprochene Facies leonina. Ausser den Knoten und Geschwüren der Hautoberfläche waren auch solche im Pharynx und Larynx vorhanden, welche das Schlucken sehr beschwerlich machten. Sie blieb nicht lange im Krankenhause, sondern wurde alsbald ins Leprosorium zu Jamburg im Petersburger Gouvernement expedirt, wo der Exitus schon im Monat Juli eintrat. Obgleich die Patientin längere Zeit in ihrem Heimathsdorfe krank gelegen hat, so gehört der Fall doch nicht zu den genuinen Erkrankungen des Kurski'schen Gouvernements, da die Patientin mit schon vollkommen entwickelter Lepra aus der Stadt Rostow am Don, wo sie lange ansässig gewesen war, heimkehrte. Eine Photographie existirt von ihr nicht.

Das sind die wenigen Fälle, über die ich Mittheilung zu machen wünschte. Erstens beweisen sie, dass die Leprafälle in den Binnenländern nicht nur vorkommen, sondern auch an Zahl zunehmen; zweitens, dass die Lepra daselbst ganz denselben Verlauf nimmt, wie in den Küstengebieten; drittens, dass es durchaus nothwendig ist, so viel nur möglich auf Isolation zu dringen und Leproserien einzurichten, namentlich an den Orten, woher die Lepra authentisch verschleppt

ist und noch immer verschleppt wird. Die Leproserien sollten staatliche Einrichtungen sein und nicht den Wohlthätigkeitsvereinen allein überlassen werden. Viertens sollten Leproserien, als Sammelorte sehr werthvollen Krankenmaterials, von den Universitäten gründlich und ausgiebig zu Unterrichtszwecken ausgebeutet werden, zur Heranbildung von tüchtigen Kennern der Hautkrankheiten unter den praktischen Aerzten, damit in Zukunft keine Verwechselung so heterogener Krankheiten, wie Syphilis, Lepra und Tuberkulose, vorkämen, und fünftens müsste, last not least, in jedem Krankenhause die Gelegenheit geboten sein, die nöthige mikroskopische und bacteriologische Untersuchung solcher zweifelhaften Fälle sachgemäss ausführen zu können.

De la Lèpre en Roumanie, sa Distribution, son Extension.

Par

Kalindéro de Bucarest.

Messieurs! Vous m'avez fait l'insigne honneur de me nommer votre rapporteur sur la Distribution et l'Extension de la Lèpre en Roumanie, je vous en remercie au nom de mon pays.

Permettez moi tout d'abord de vous exposer, avant d'entrer dans la question, quelques énoncés préliminaires, ma profession de foi, pourrai je dire, relativement à l'etiologie de cette hideuse affection et principalement en ce qui a rapport à l'hérédité et à la contagion.

L'hérédité nous est forcément aujourd'hui imposée par la série de nos observations, qui ne font que se multiplier et nous confirmer dans les recherches et les affirmations du Docteur Zambaco; j'aurai l'occasion d'exprimer toute mon admiration pour les opinions de ce consciencieux confrère, tout en indiquant les points qui nous séparent et dont les arêtes paraissent s'éffacer à fur et à mesure que la Série de ses observations augmente; je veux parler des lèpres nerveuses, á forme syringomeliques, morvan et sclérodermiques.

L'hérédité s'impose par d'autres considérations, d'ordre bactériologique. Nous avons fait des recherches avec le concours du très autorisé Professeur V. Babès, notre ami et collaborateur, nous avons pu constater dans différentes nécropsies que:

1. Le bacille dans la lèpre se généralise dans les organes.
2. Il se rencontre plus rarement dans la circulation générale, mais plus souvent dans les organes et dans le sang des capillaires de ces organes.
3. Nous l'avons trouvé dans les glandes salivaires, les pancréas, les mammelles, le testicule, les ovaires, les canalicules de Flügge, ainsi que dans les reins. (Voir autopsie de notre femme).
4. Le testicule, en apparence sain, présente toute fois à l'examen des bacilles, soit libres, soit formant des masses dans l'intérieur des tubes séminifères.

 Le suc ovarique renferme des masses énormes de bacilles.

Ces résultats indiqués par nous dès 1889 ont été confirmés par nos recherches ultérieures.

Mr. le Docteur Zambaco dans son mémoire: „Les lépreux ambulants de Constantinople. Paris. Masson. 1897, page 315 et suivante“ cite des cas de lèpre chez des enfants de 9 à 10 ans, tout en admettant que la lèpre appartient à l'âge adulte. Danielssen a pu observer un cas d'un an; le Docteur Zambaco affirme avoir vu la lèpre chez les enfants de 1 an — 2 ans et parfois même chez des nouveaux-nés qui n'avaient que quelques mois et quelques semaines d'existence, les parents ou l'un des générateurs étaient lépreux avancés, lors de la conception.

Nos observations et en particulier les planches de notre atlas (Lèpre Tuberculeuse avec Hérédité — page 38 et suivantes) nous indiquent une mère Anika Dragomir Ignat et ses deux enfants Marie et Nicolas qui confirment cette hérédité. Je vous produis ici une photografie de la mère avec ses deux enfants. La mère sans antécédents héréditaires, mais exposée à la contagion par le voisinage des lépreux dans la commune de sa mère, elle devient lépreuse à 26 ans. Des deux enfants l' un devient lépreux à 3 et l' autre à 5 ans.



Je pourrais multiplier à mon tour ces observations.

La contagion doit-elle être admise comme source de propagation de la lèpre? il faut avouer que parfois il est très difficile de faire la distinction entre la contagion directe et la contagion indirecte.

Toutefois les observations recueillies par différents cliniciens, nos observations propres nous conduisent à admettre, avec A. Hansen, cette source de propagation.

Nous citerons à cet égard deux enfants sains et sans antécédents héréditaires, portés longtemps sur les bras par des serviteurs lépreux, devenus lépreux à leur tour. Je citerai en particulier le cas d'une

mère Dumitra Stanca (cousine d'une lépreuse tuberculeuse, Maria Cracinu) atteinte de lèpre nerveuse, qui a pu communiquer la lèpre tuberculeuse à son enfant agé de 6 mois; ce dernier portait 3 tubercules sur la joue gauche et 1 tubercule sur la joue droite. (Voir les 5 Planches annexées à ce mémoire.) Nous avons pu constater chez la mère de nombreux bacilles dans la circulation générale, l'absence, dans ce cas, de bacilles dans le lait.

La présence des bacilles autour du mamelon, la peau étant intacte, enfin la présence de ces mêmes bacilles sur les tubercules de l'enfant.

La contagion comment a-t-elle pu se faire dans ce cas, les deux peaux, de la mère et de l'enfant, étant intactes?

Mr. le Professeur Babès a pu suivre la pénétration des microbes lépreux dans la peau par la tunique seule du poil; les éxperiences faites par cet observateur très cousciencieux, ont pu convaincre les membres de l'Academie de Médecine de Paris, qu'on pouvait communiquer la morve aux animaux, la peau étant intacte, par de simples frictions faites par des cultures de morve.

Je dois ajouter que par la voie éxperimentale, les inoculations pratiquées par le Professeur V. Babès et moi sur un singe ont pu donner des résultats positifs de „lèpre localisée" sans aucune manifestation de généralisation. L'observation n'a pu être continuée, le singe étant mort quelque temps après.

Un point qui doit être indiqué, c'est que chez l'enfant sus-cité, les lépromes se sont atrophiés; deux ans après nous avons pu observer cette atrophie sans manifestations générales de lèpre; nous sommes donc conduit à admettre des conditions prédisposantes dans cette contagion, l'âge, l'état général, le climat, les conditions de propreté et certaines autres causes qui nous échappent et qui restent à être indiquées dans les propagations de la lèpre par contact, et en particulier les causes morales.

De cette profession de foi, basée sur nos observations propres, il résulte que nous croyions à la transmission de la lèpre par l'hérédite et la contagion, celle-ci toutefois doit être facilitée par des conditions prédisposantes, encore à détérminer dans leur ensemble.

Je reviens maintenant au programme qui m'a été tracé: „Distribution et Extension de la Lèpre en Roumanie".

Permettez-moi tout d'abord, messieurs, de vous donner quelques notions sur la Topographie de la Roumanie.

Notions sur la Géographie de la Roumanie.

La géographie de la Roumanie doit vous être indiquée dans quelques uns de ses points.

Ce pays est limité au nord et à l'ouest par l'Autriche — Hongrie (Temisiana—Transylvanie—Bucovine) dont elle est séparée par les Monts Carpathes.

Au nord-est et à l'est par la Russie dont elle est séparée par le Pruth et le Danube.

A l'est avec la Mer Noire cette limite s'etend depuis Soulina jusqu'à d'Ilanlic au Sud de Constantza.

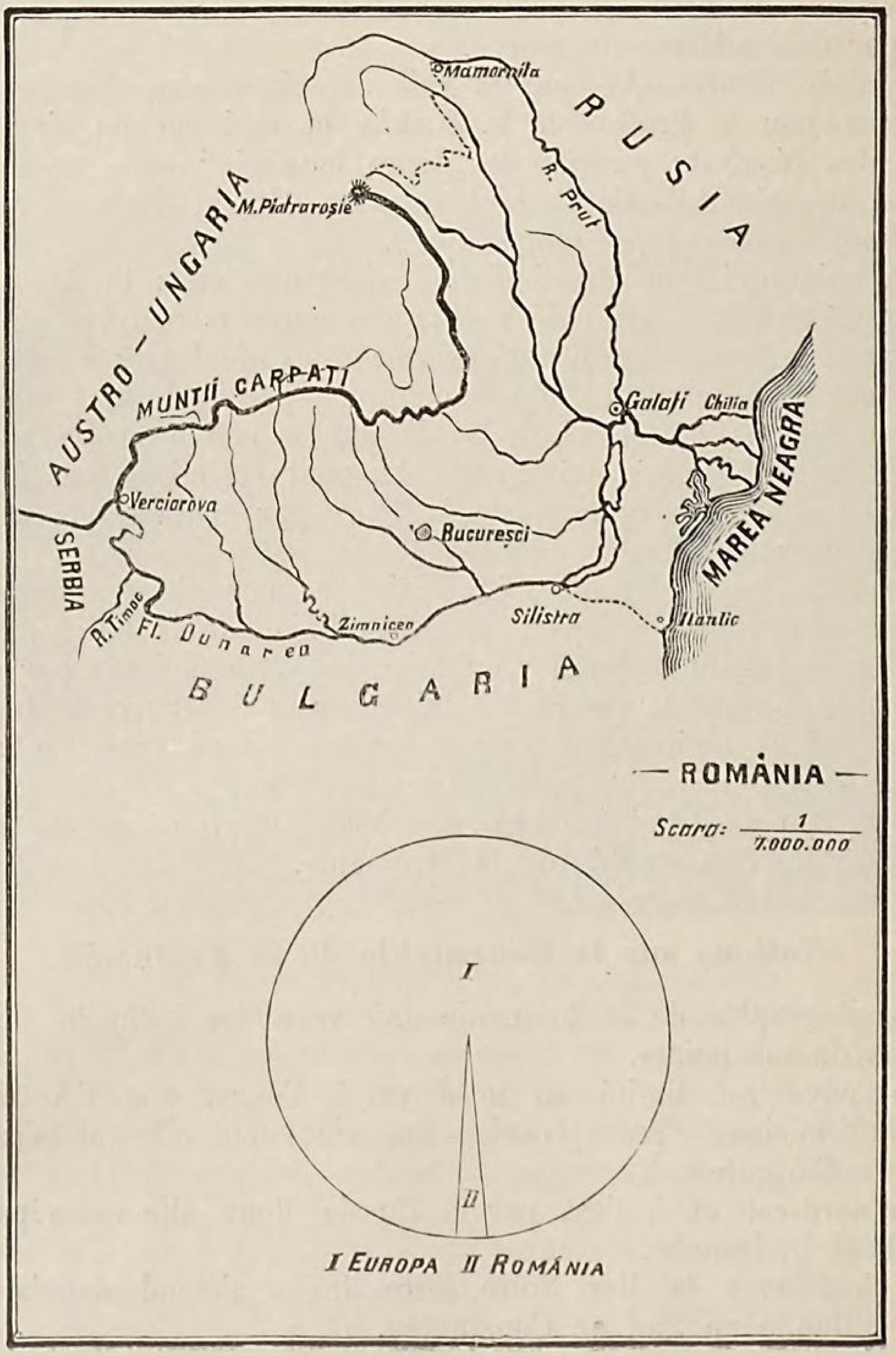
Au sud avec la Bulgarie, dont elle est séparée par le Danube et une ligne conventionnelle qui partirait d'Ilanlic et aboutirait au voisinage de Silistra (Arab-Tabia).

Cette ligne de terre est gardée par des postes militaires et permet facilement la communication entre les deux pays; les habitants des communes avoisinantes sont journellement en rapport d'affaires de parenté, etc., les uns avec les autres.

Enfin un voisinage très restreint existe avec la Serbie, sur le côté sud-ouest, qui commencerait à la rivière Timoc pour s'étendre jusqu' à Verciriova.

Dans ces limites la surface de la Roumanie aurait d'une manière approximative 130,000 R. M. P.

Elle pourrait être classée, comme la 10. parmi les états d'Europe, grâce à son étendue. (G. Marinelli — la Terre — Volume II. Page 272.)



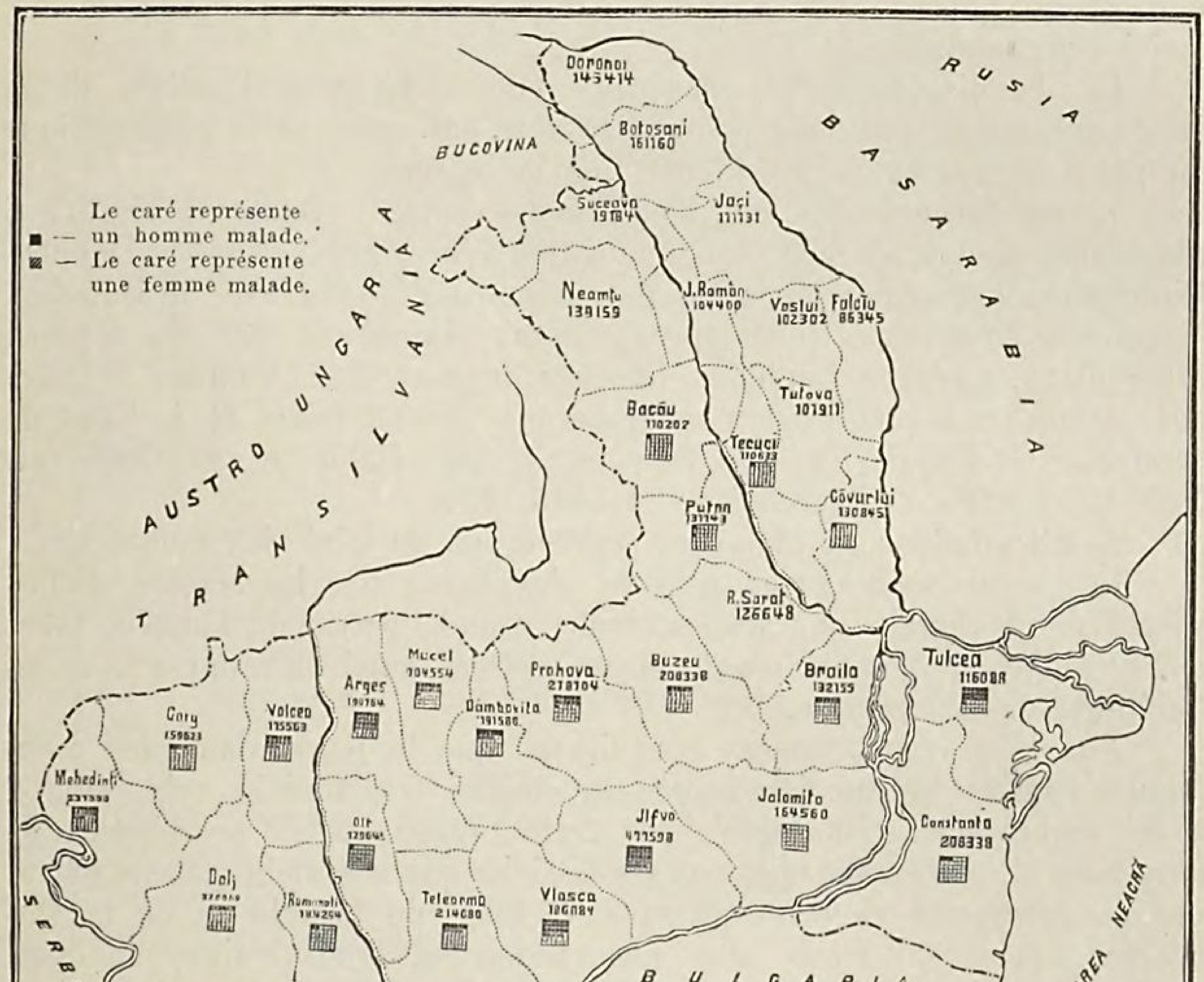
La Roumanie administrativement est divisée en 32 départements, subdivisés en arrondissements.

Elle comprend 3200 communes rurales avec une population de 4 500 000 Habitants.

La population urbaine monte à un million d'habitants[1]). Il faut noter ainsi que l'indique cette carte, sur la distribution de la Lèpre en Roumanie, que les départements qui commencent à la frontière autrichienne (Bucovine) et austro-hongroise s'étendent du côté de la plaine de manière qu'ils se divisent en partie de Montagnes et en partie de plaine. Exemples: Prahova — Gorjiu — Dimbovitza — Muscel. etc.

Les mariages sont nombreux. La Roumanie occupe la 6. place en Europe avec la proportion de 8 p. m.

Carte représentant la distribution des lépreux d'après les départements.



Les naissances en Roumanie occupent le 4. Rang en Europe avec une proportion de 41,5 p. m.

1) Avec 71 communes urbaines.

La mortalité est assez grande avec 29,5 p. m.

L'exédent des naissances est, d'une manière approximative de 11 p. m.

La Roumanie, pays éminemment agricole, se trouve continuellemeut avec l'Orient et l'Europe, en rapport par la voie d'eau.

Telles sont les notions géographiques que nous avons cru nécessaires de vous donner avant de commencer l'exposé de la „Distribution de la Lèpre en Roumanie".

Statistique des Lépreux.

Nous commencerons par notre statistique qui est assez importante, car elle comprend 99 cas qui sont reproduits par des aquarelles dont le nombre forme un atlas de 170 dessins.

Les cas observés par nous, à l'hôpital Brancovan, montent au double; nous n'avons reproduit ici, par ces admirables aquarelles, dues au talent du peintre Feldianu, que les cas les plus marquants et dont vous pourrez vous rendre compte de visu et par vous-même. Voici cette statistique:

Par la distribution de ces cas, dans différentes localités de la Roumanie, ainsi que vous pourrez le voir par cette carte géographique du pays, il ressort avec évidence que la lèpre.

1. Se concentre autour des grands centres: Bucarest Tirgovesti (ancienne capitale) Braila (communication avec l'archipel par le Danube) Rimnicu-Valcea (communication par la voie de l'Oltu avec le Danube).

Ici le foyer des trois lépreux aurait commencé par un lépreux tuberculeux, Georges Cupidon, boucher de sont état, courant le pays par sa profession et l'ayant communiqué à son frère et à l'ami de celui-ci. G. Petrescu qui frequentait son étable et son intérieur. Voir notre atlas. Figures No. 31, 148, 150.

2. Elle domine la plaine et se restreint du côté des montagnes.

Les foyers montagneux peuvent s'expliquer par les séjours de nos pâtres montagnards qui passent une grande partie de l'année, avec leurs troupeaux dans la plaine et se mettent ainsi en rapport avec les habitants de ces centres.

Nous sommes fortement convaincus que la lèpre dans les montagnes, tout en reconnaissant une endémicité très limitée, très reduite, à été renouvelée et multipliée par cette provenance de nos lépreux de la plaine et par les inoculations successives que nos montagnards pâtres ont pu contracter avec les paysans le long du Danube et de la Dobroujea, peut-être même avec nos voisins les Transylvains; en outre pour le districte d'Argesch le foyer de concentration paraît tenir à cette même raison et en outre par le fait d'un commerce de bois, qui se fait de cette région par la voie de l'Aluta (Oltu) avec le Danube et qui oblige les habitants de cette région à descendre sur des radeaux, vers Magurele, Guirgévo, Braïla, et, de se mettre ainsi en contact avec les habitants de ces villes.

La statistique générale, faite par les soins du Ministère de l'Intérieur et complétée par Mr. le Professeur Paul Petrini, qui à in-

sisté, en sa qualité de sénateur, sur les dangers que courait la santé publique par l'extension de la lèpre, nous donne les résultats suivants:

Sur le total de la lèpre en Roumanie nous voyons inscrit 208 cas, dans lesquels sont compris les observations de nos malades passés par notre service à l'hôpital Brancovan aux nombre de 124 cas. Je réserve l'honneur au Professeur Paul Petrini, pour qu'il vous donne la statistique générale, dans laquelle vous trouverez inscrit les cas marqués dans les catalogues, sus indiqués, complètes par les lépreux inscrits sur la liste du Ministère de l'Intérieur, afin de vous indiquer les sommes de tous les lépreux, par sexe, âge, départements et communes. Pour mieux vous faciliter ce rapport j'adjoins ici:

1. Outre ma statistique avec la carte de résidence de chacun de mes lépreux;
2. La liste statistique du Ministère de l'Intérieur, avec une carte de résidence de chacun de ces lépreux.
3. Enfin une carte générale de la totalité des lépreux au chiffre de 208, avec une statistique générale de tous les lépreux de la Roumanie.

La statistique générale nous montre en résumé le chiffre de 208 lépreux, mais ce chiffre est-il l'expression de la vérité? nous sommes, messieurs, loin de la réalité, par des raisons multiples et dont la principale, ainsi que l'a prouvé Mr. Zambaco pour la France (Voir la lèpre à Constantinople) tient à ce qu'on peut passer inaperçus les cas hybrides, atypiques qui demandent une expérience particulière et des recherches multiples pour fixer un diagnostic en dernier lieu.

Chez nous il nous a été impossible d'avoir une statistique même approximative, en ce qui regarde la lèpre dans la Dobroujea, spécialement concentrée dans les milieux Tatares; aussi ai-je proposé qu'une commission spéciale fut nommée pour qu'on puisse arriver dans 2. ou 3. ans à inscrire les cas de lèpres variées, reconnus comme telles par un personnel spécial et dont l'éducation est déjà faite à l'Hôpital Brancovan sous ma direction; on réserverait à des investigations bactériologiques les cas douteux dont la nature serait mieux déterminée par une étude suivie.

Ce n'est que par ce moyen qu'on pourrait se mesurer avec les pays civilisés, comme la Suède et le Norvège, où l'on a pu non seulement avoir une statistique complète, mais où l'on a pu suivre l'évolution du fléau sous l'influence de l'isolement et d'autres moyens thérapeutiques et prophylactiques.

Voyez les statistiques russes, celles de la France et vous restez surpris du manque de précision dans les données statistiques de ces deux pays, où l'on découvre journellement des cas méconnus.

Je pourrais vous citer l'Autriche-Hongrie, l'Italie elle-même qui peuvent rentrer dans la même catégorie.

Comparez la statistique des médecins du nord de la Russie avec les communications faites au Congrès de Moscou par les Docteurs Gorodnowsky (de Wladicaucase) et Grünfeld (de Rostov) sur la lèpre dans la province du Kersk (Caucase) et chez les Cosaques du

Don et vous pourrez vous couvaincre de l'état embryonnaire des statistiques de la lèpre en Russie et par suite en Europe.

J'espère, Messieurs, mériter votre confiance en vous indiquant pour le moment le nombre de nos lépreux roumains avec les localités contagionées et les désiderata à remplir, il ne restera dans l'avenir q'un supplément de controle pour que la Roumanie puisse figurer et avec honneur parmi les pays civilisés et qui se sont interessés à la santé publique en face d'un fléau qui tend à devenir une calamité publique.

La lèpre paraît exister dans notre pays depuis longtemps déjà; nos recherches varies nous conduiraient à admettre des cas de lèpre environ soixante ans avant notre étude, c'est le seul renseignement historique qu'on pourrait avoir sur la lèpre en Roumanie.

D'ailleurs cette affirmation n'a rien de certain ou d'officiel. Le Dr. Schreiber a publié dans les archives de Dermatologie et de Syphiliographie (Vienne. 1874. p. 363.) une notice sur ce sujet, de peu d'importance toutefois.

La lèpre se trouve répandue, ainsi que vous le montre cette carte de la Roumanie, le long du Danube dans la plaine surtout dans les grands centres d'agglomération et dans les montagnes.

On trouve dans la thèse d'un de nos élèves, des cas venus de Transylvanie, c'est à dire du côté du territoire autrichien, ce qui indiquerait que la traînée lépreuse éxiste des deux côtés de notre frontière et se prolongerait du côté de la Turquie d'Europe par la Bulgarie et la Dobrogea, ainsi que nous citons des cas, indiqués dans ce même atlas.

Les cas sont toutefois clairsemés dans notre pays: ils ne forment que de petits foyers dans les grands centres, ils constituent des faits isolés dans les communes rurales: un, deux ou trois dans une commune, jamais plus: ordinairement un seul cas sans continuité de voisinage.

Nous devons ajouter que la maladie pourrait avoir existé bien avant l'époque sus-indiquée, car notre pays a toujours été en communication par la voie d'eau (par le Danube) avec l'Orient (L. Empire Turc — L'archipel, les cyclades) ou par la voie de terre avec la Russie Méridionale.

La voie d'eau nous met en communication avec la Bulgarie et vous trouverez indiqué dans notre carte des localités bulgares infectées par des lèpreux Bulgares soignés à notre hôpital.

Nous sommes continuellement en rapport par cette même voie avec la Turquie et vous savez que la lèpre éxiste le long du Bosphore, les Iles des Princes, Halki etc. et surtout Constantinople qui parait envahi par les lépreux ambulants; les recherches du Dr. Zambaco ne laissent aucun doute à cet égard.

Les Iles de l'Archipel et des Cyclades, telles que Chio, Samos, Syra, Andros etc., infectées par la lèpre, sont en communication fréquente avec notre pays.

La voie de terre nous met actuellement en rapport de voisinage avec la Russie; dans le passé notre malheureux pays était envahi par

les hordes barbares, les Tatares surtout, ainsi que dans les invasions Russes par les éléments cosaques.

Il est certain qu'à l'époque de la grande émigration des peuples, le Caucase et la Crimée avaient été envahis par les barbares venus d'Asie et dont une partie y est restée; ce sont très probablement ces émigrés qui ont importé la lèpre dans ces localités, surtout parmi les Cosaques et les Tatares.

Si on consulte les documents officiels russes, principalement les archives de Moscou, on trouve indiqué l'existence de la lèpre dès le 15. Siècle — au 18. Siècle, la lèpre était tellement répandue au sud de la Russie, que le gouvernement s'est vu forcé de prendre des mesures d'isolement pour les Cosaques du Don, auxquels on interdisait la cohabitation avec leurs femmes. Il ressort de la lecture de ces chroniques officiels que les médecins de l'époque, Meira, Mirbeil etc., méconaissaient le véritable caractère de la maladie qu'ils confondaient avec la syphilis.

Depuis la lèpre n'a fait que s'étendre dans les régions des Cosaques du Volga, du Kouban etc., et le docteur Mönch, de Kiev, a pu constater en 1847, l'existence de cette maladie dans ces régions; la statistique très incomplète en porte le nombre à 300 cas.

Je dois ajouter que des cas isolés ont pu se généraliser à toute une région par des colonisations venues de partout; ainsi il parait que la province de Tersk au Caucase a été infectée par les Russes, les Cosaques, les émigrès du Don et de la Volga.

Un point essentiel c'est que les premiers colons Russes, les Cosaques connaissaient la lèpre et la considéraient comme contagieuse ce qui est prouvé par des mesures d'isolement qu'ils prenaient. (Dr. Gorodnowsky de Wladicaucase.)

Les masses tartares qui habitaient la Crimée, formaient des colonies dans la Dobrougea et sous prétexte de possession, ils envahissaient souvent la Moldavie pour atteindre leur colonie.

Voici ce qu'on lit dans le rapport de 1759 de l'ambassadeur français, de Vergennes, sur les invasions des hordes barbares, des Tartares dans notre pays.

„La Moldavie s'est ressentie grandement de la barbarie et des excès tartares. On compte jusqu'à quinze mille le nombre des esclaves amenés dans leur pays, sans compter les vieillards et les personnes incapables d'un long voyage et qui ont été tués sur place et sans pitié.

Ils emportent avec eux tous les troupeaux et autres materiaux servant à leur subsistance; ils brûlent et détruisent par le fer et le feu tout ce qu'ils ne peuvent emporter.“

Pareilles invasions se répétaient fréquemment sous pretexte d'envahissement de leurs possessions dans la Dobrogea.

Il reste incontestable que les barbares étaient atteints de la lèpre; actuellement encore le nombre des Tartares lépreux dans la Dobrougea est très fort, principalement dans les Communes de Cara-Osman, de Jarilofea etc. (2 à 35 Cas observés) voir mémoire 1889.

Le gouvernement pour mieux pénétrer dans leurs intérieurs, a

nommé des médecins-femmes, sorties de notre école qui pourront nous faciliter les vaccinations et une statistique prochaine de la lèpre tatare.

Enfin nos luttes avec nos voisins, Polonais, Hongrois, Transylvains nous mettaient en rapport avec les nations dont le passé lépreux parait avoir été endémique.

En Résumé:

1. Nous croyons à la transmission de la lèpre par hérédité.
2. La contagion nous parait évidente.
3. La lèpre en Roumanie éxiste dans les grands centres ou peuvent converger des éléments de provenance différente, même des étrangers.
4. La propagation se fait par la voie d'eau, la route fleuviale, le Danube principalement (Bulgarie — Turquie — l'Europe — Grèce etc. principale source de propagation).
5. Par la voie de Terre elle s'est multipliée au 18. Siècle par des invasions tartares et au cours du 19. siècle par des invasions multiples Russo-Turques.
6. La lèpre dans nos montagnes reconnaitrait dans son rajeunissement le contact des pâtres montagnards avec les habitants de quelques centres de la plaine; ainsis qne pour le foyer d'Argesch, surtout la voie de l'Aluta et le commerce du bois, transporté par cette voie.

Mesures Prophylactiques.

Le gouvernement roumain, en face de ce fléau qui devient de jour en jour plus inquiétant, a trouvé nécessaire de prendre des mesures prophylactiques, qui, dans leur ensemble, peuvent se résumer, par la modification même de la loi sanitaire actuelle dans les points suivants:

1. La lèpre, maladie contagieuse, impose l'isolement de ceux qui en sont atteints, mais si les mesures d'isolement sont facilement appliquables à Honolulu, aux Iles Hawaï, les conditions sociales et humanitaires chez nous en Europe sont tellement différentes que nous devons forcément mettre les moyens prophylactiques et les interêts de la santé publique en harmonie avec les sentiments de l'humanité qui font la gloire la plus pure de notre Epoque.
2. L'état roumain conduit par ces sentiments d'humanité, a fondé une Léproserie en Moldavie (Rachitósa) et une deuxiéme est projetée dans l'ancienne Valachie.

On a prévu dans les hôpitaux d'épartementaux et buraux (d'arrondissement) des compartiments appropriés pour l'isolement des Lépreux des localités avoisinantes.

Par ce moyen on procure un isolement parfait, dans les léproseries à proprement parler, à tous les lépreux qui veulent accepter, souvent forcés pour les cas dangereux, l'isolement dans ces établissements; d'un autre côté on peut procurer, dans les hôpitaux ruraux,

un asile à tous les lépreux de leur contrée d'habitation, par ce moyen on les isole suffisament, on ne les éloigne pas du milieu de leurs affections, de leurs souvenirs; de leur lieu de naissance et l'on harmonise ainsi les sentiments d'humanité avec les nécéssités de la santé publique.

3. Dans chaque commune rurale on crée des chefs de service sanitaire, qui seront chargés de l'application des mesures préventives et prophylactiques et qui pourront tenir au courant, autant que possible les médecins sur les manifestations morbides et les états dermopathiques des paysans de chaque commune; c'est encore un moyen qui pourrait faciliter nos statistiques en avenir et contribuer ainsi à leur précision.

Vous voyez, messieurs, que la Roumanie par elle-même et en dehors de l'impulsion donnée par votre programme a cherché à perfectionner son instrumentation, pourrais-je dire, qui la conduirait à l'avenir à répondre avec plus d'assurance à votre demande.

En Résumé:

Je me contente pour le moment de cette simple liste statistique, encore incomplète, elle est vraie, mais ce qui est assez imposante, pour que la Roumanie ait le droit d'entrer dans le concert européen et dans les mesures à prendre pour réduire la propagation de la lèpre en Europe.

Je suis heureux d'avoir pu répondre à votre confiance et je laisse aux générations de l'avenir, le soin de compléter, dans son ensemble, ce programme, qui sort à peine ébauché de nos mains.

Nous éprouvous une véritable satisfaction d'avoir contribué, même de loin à éveiller l'attention de tous les observateurs consciencieux sur cette maladie qui prend une extension en Roumanie et qui pourrait devenir une fléau non seulement pour mon pays, mais pour l'Europe elle-même.

Dans cet exposé j'ai répondu, messieurs, assez incomplètement à votre première question: „La Distribution Géographique de la Lèpre en Roumanie".

Pourrai-je répondre d'une manière approximative à votre deuxième question: „L'Extension de la Lèpre en Roumanie"?

Il est certain que le nombre des lépreux observés par nous a doublé depuis notre première communication de 1889 au Congrès de Dermatologie de Paris.

Les cas nouveaux sont des cas récents; donc l'extension de la lèpre se fait sentir de jour en jour par ses nouveaux ravages.

Vous pourrez consulter par vous-même les observations que je mets à votre disposition ainsi que ces quatre volumes d'atlas avec des reproductions variées. Ils pourront contribuer à vous faire une conviction approximative.

Tels sont les seuls enseignements sur l'évolution de la lèpre en Roumanie.

Ma probité d'observateur m'empèche de vous donner d'autres notions, d'autres affirmations sur cette extension.

J'espère que mes successeurs pourront mieux répondre à ce désideratum quand surtout ils seront en possession d'une statistique plus

parfaite et qu'ils pourront par la nouvelle organisation du service sanitaire, suivre pas à pas l'évolution des differents lépreux et son extension par les candidats en état de lepre évolutive.

En résumé la médecine qui est un art de conservation et de préservation, pourra lutter à l'avenir, dans pays roumain, pays très généreux qui accorde les soins sanitaires gratuits, non seulement à ses sujets, mais même aux étrangers, contre les maux héréditaires, endémiques et epidémiques, ces maladies de causes intrinsiques variées, de causes déletères multiples, enfin contre l'extension de la lèpre ellemême, grâce à son organisation sanitaire, qui tend à se compléter de jour en jour; elle peut montrer au monde civilisè combien tous les gouvernements qui se sont succédés au pouvoir, ont eu en vue ce sentiment impérieux dans leur coeur de venir au secours des souffrants, des malheureux, avec toute la générosité d'un grande âme moderée toutefois dans ses aspirations, par des restrictions budgétaires, dont les ressources heureusement s'agrandissent surtout pour le service sanitaire.

Collections de Lèpres.

Représentées dans mon Album.

Nombre des cas.	Noms.	Sexe.	Age.	Départements, Communes.	Nombre des figures du même cas.
	1. Lèpre tuberculeuse.				
1	Florea Dinu.	f.	27	Prahora (Mereni).	3
1	Jon Stancin Marin.	h.	47	Muscel-Albesti.	1
1	Badea Braulet.	f.	35	Teleorman-R. de Vede.	1
1	Mariu Lazare Ovram.	h.	50	Ilfor-Bucarest.	3 Page 78
1	Joana Kiritza.	f.	30	Ilfor-Oltenitza.	1
1	Theodor Petrescu.	h.	22	R. Valcea-R. Valcea.	1
1	Theodor Jonitza.	h.	44	Ilfor-Bojdani.	1
1	Anika Dragomir Ignat.	f.	33	Prahora-Mereni.	3
1	Maria Dragomir Ignat.	f.	12	„ „	1
1	Nicolaus Dragomir Ignat.	h.	10	„ „	1
1	Petre Neacsu.	h.	23	Teleorman-Tziganesti.	3 Page 93
1	Voicu Joan Préda.	h.	18	Argesch-Rescaetzi.	5 mort récemment.
1	Lixandru Jonitza.	h.	16	Ilfor-Cociok.	1
1	Dumitru Badea.	h.	30	Ilfor-Coconi.	1
1	Lina Dumitru Stancu.	f.	2	Vlasca-Baneasa.	2
1	Maria Crecinu.	f.	12	C. Zung-Baucan.	3 Page 82
1	Nicolae Bradu Blezeanu.	h.	23	Prahora-Tedesti.	1
1	Filipoin.	h.	24	„ Maneci Paminteni.	5 Pag 96, 110. 111.
1	Ana Mariu Francu.	f.	24	Mehediuti-Baia.	2
1	Dumitra N. Nedelcu.	f.	24	Dimbovitza-Tirgovesti.	3
1	Georges Cupidon.	h.	16	R. Valcea R. Valcea.	2
1	Marc Stancu.	h.	28	Dimbovitza-Persinari.	—
1	Nicolae Cupidon.	h.	20	R. Valcea-R. Valcea.	2
1	Petre Min.	h.	38	Teleorman-Suroaea.	3

Nombre des cas.	N o m s.	Sexe.	Age.	Départements, Communes.	Nombre des figures du même cas.
1	Jon Lungu.	h.	26	Dolj. Dobrodaru (Dobridol).	3
1	Dumitru Dinescu.	h.	44	Ilfor-Bucarest.	1
1	Mitika Popescu.	h.	31	Ilfor-Bucarest.	2
1	Florea Stan Stoian.	f.	23	Vlasca-Fontanele.	1
1	Maria Jon Nedelcu.	f.	23	Argesch-Salatrucu.	1
1	Stancu Ghitza Olteanu.	h.	20	„ Liucanesti.	2
1	Harambra Popescu.	h.	17	Dimbovitza-Costesti.	—
1	Marcu Lazar.	h.	—	Ilfor-Bucarest.	1
1	Veta Barbulescu.	f.	30	Prahora-Ploesci.	—
1	Grigore Manolica.	h.	36	Arges-Dangesti-Radarneni.	—
1	Dumitru Jon Mihai.	h.	44	„ „	—
1	Domnica Alexandru.	f.	38	„ Catunul Daesti.	—
1	Maria Marian Mandu.	f.	38	„ Brisoara.	—
1	Gheorghe Manuleci.	h.	38	„ Radacinesti.	—
1	Sanda Calina.	h.	45	„ „	—
1	Dumitru Onescu.	h.	34	„ Dangesti.	—
1	Sanda Jon Iran.	f.	28	„ Radacinesti.	—
1	Nicolae Spirea.	h.	32	„ Tiblea.	—
1	Mtria Joan al Vladulin.	f.	18	„ Seaca.	—
1	Florica Jon Jonescu.	f.	29	„ Salatrucu de Jos.	—
1	Gheorghe Frunteanu.	h.	24	„ „	—
1	Jon Gheorghe Olteanu.	h.	23	„ Serbanesti.	—
1	Maria Jacob.	f.	36	„ „	mort rècemment.
1	Florea Jacob.	f.	13	Argesch-Serbanesti.	—
1	Gheorghe Mitu Jordan.	h.	23	„ „	—
1	Petru Chiru.	h.	54	„ „	mort récemment.
1	Sandu Caliu.	h.	54	„ Dangesti-Radacinesti.	—
1	Nicolae Gigalie.	h.	36	Buzeu-C. Merei.	—
1	Alecsie D. Stoica.	h.	35	Dimbovitza-Totu.	—
1	Maria Miu.	f.	23	Craiova.	—
1	Gheorghe G. Popescu.	h.	38	Gorj-C. Ciocardia.	—

2. Lèpres mixtes.

1	Joseph G. Lebel.	h.	14	Argesch-Pitesti.	1
1	Maritza Gheorghe.	f.	20	Commune Valea Teauca.	2
1	M. Preda frère de Voicu.	h.	16	Argesch-Rescaetzi.	1 Page 93
1	Joan Predu.	h.	—	„ „	2
1	Maria Radu.	f.	25	Vlaschka-Giurgiu.	9
1	Maria Borta.	f.	17	Ilfor-Colibas.	4
1	Lina Dumitru.	f.	25	„ „	2
1	C. Olteanu.	h.	25	„ Bucarest.	2
1	Jonitza Stoica.	h.	25	Prahora-Gorgosa.	2
1	Calina Dragomir.	f.	20	Ilfor-Precutu.	2
1	Pompil Jonescu.	h.	30	„ Bucarest (Nascart Mezil Bozau).	3 mort récemment.
1	Ana Chiritzescu.	f.	60	Braila-Braila.	2
1	Zaharia Falei.	h.	42	Ilfor-Bucarest.	2
1	Catrina Stancu.	f.	23	„ Magurele.	—
1	Voicu Stanciu.	h.	27	Vlasca-Giurgiu.	—
1	Voicu Jon.	h.	18	Arges-Rescaetzi.	2
1	Nicolae Spiru Cosman.	h.	35	„ Jiblea.	1
1	Nicolae Theodor.	h.	35	Bulgaria-Ruscine.	2

Nombre des cas.	Noms.	Sexe.	Age.	Départements, Communes.	Nombre des figures du même cas.
1	Gheorhe D. Jordan.	h.	30	Arges-Serbanesti.	1
1	Nicolae Pànu.	h.	25	Teleorman-Calanesti.	3
1	Christache Stoicescu.	h.	21	Ilfor-Bucarest.	1
1	Smaranda Dragomir.	f.	—	„ „	—
1	Jon Feodorescu.	h.	25	Constantu-C. Topalu.	—
	3. Lèpres nerveuses.				
1	Paraschiva.	f.	35	Ilfor-Bucarest.	5
1	N. Tudor.	h.	35	Bulgarie-Duganaser.	3 + 1 Page 29
1	Radu Calcai.	h.	60	Vlasca-Costin.	3
1	Ismail Ibraham.	h.	50	Bulgarie.	1 Page 55
1	Dumitru Stancu.	h.	25	Vlasca-près Baneasa.	4
1	Nastase Butau.	h.	40	Muscel-Florica.	2
1	Maritza Gheorghe (Jacob).	f.	50	Arges-Serbanesti.	2
1	Maritza Vasile Comau.	f.	30	Ilfor-Valea Teauculni.	1
1	Anica Maritza Frantz.	f.	—	Ilfor-Bucarest.	2 + 2
1	Lina Dumitru.	f.	—	„ Colibasi.	—
1	Alexe Leonte.	h.	35	Braila-Braila.	10 mort récemmen.
1	Dobre Radu.	h.	46	Dimbovitza-Cornesti.	9
1	Nitza Pavel.	h.	37	Ilfor-Poenari-Ulmu.	4
1	Jon Stoica.	h.	23	Dolj-Nedeia.	3
1	Maria Dumitrescu.	f.	46	Ilfor-Bucarest.	2
1	Jon Madenoff.	h.	25	Bulgarie-Belgragic.	2
1	Jordache Alden.	h.	28	Romanatzi-Arcesti.	2
1	Sanda Dumitru.	f.	50	Vlasca-Cacaliti.	3
1	Vilhem Hirsch.	h	62	Braila-Braila.	1
1	Anica Jon Dinu.	f.	35	Dimbovitza-Raciu.	—
1	Dragomir Georges.	h.	61	Ilfor-Bucarest.	2
1	Olimpiade Salaminca.	f.	40	Tecuciu-Tecuciu.	—
1	Rusandra T. Bustucadu.	f.	34	Bacau-C. Baesturevu.	—
1	Stoicu Jon.	—	—	Dolj-Nedeia.	—
	Anica Dragomir Ignat.	f.	40	Prahora-Mareni.	—
1	Jean Fumer.	h.	60	Dolj-Craiovu.	—

En résumé ma statistique comprend:

Roumains 99 cas. Avec 170 dessins (Bulgares 3 cas).

Il faut ajouter d'autres, qui n'ont pas été inscrit dans cette statistique, car le registre de l'hôpital comprend:

Un total de 170 lépreux; mais il faut remarquer que dans ce chiffre sont compris ces lépreux revenus à plusieurs requises dans notre service.

En réalité la liste totale serait de 124 lépreux qui ont passé par notre service et dont il fandrait déduire:

Bulgares 3
Jures 2
Kauses Avains 2
Allemand 1
Autrichien 1

Reste donc: Lépreux Roumains 115 cas.

Inscrits sur le régistre de l'hôpital Brancovan.

Par les lépreux de nationalité différente (Bulgares, Jures etc.), on peut se convaincre de l'existense de foyers lépreux dans les pays avoisinants; qui viennent se soigner dans nos hôpitaux et peuvent contribuer à la formation de nouveaux foyers de lèpre dans notre pays.

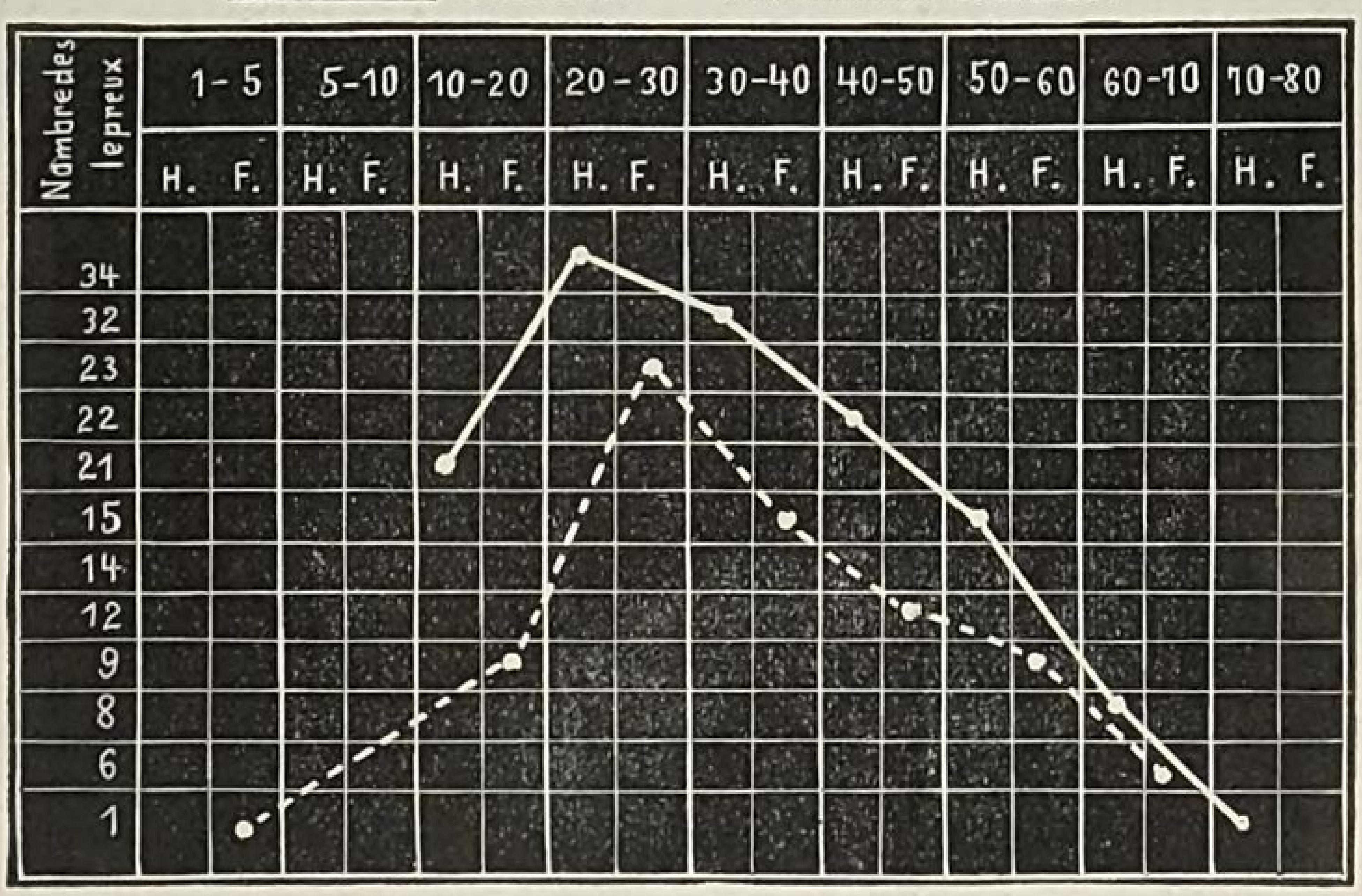
Cette statistique de 124 cas est complétée par 84 cas indiqués dans la liste du Ministère de l'intérieur, faite par monsieur le professeur Paul Pétrini, qui est adjointe à notre statistique pour que dans ce mémoire, puisse figurer le nombre total des lépreux, 208 cas.

Vous avez en outre la statistique générale de tous les 208 cas, avec leur nom, sexe, profession, âge, lieu de maissance, etc.

Enfin ces cartes géographiques pourront vous indiquer, d'une manière graphique, la distribution des cas ou des foyers de lèpre sur le territoire de la Roumanie.

Les Lépreux d'après l'âge et le sexe.

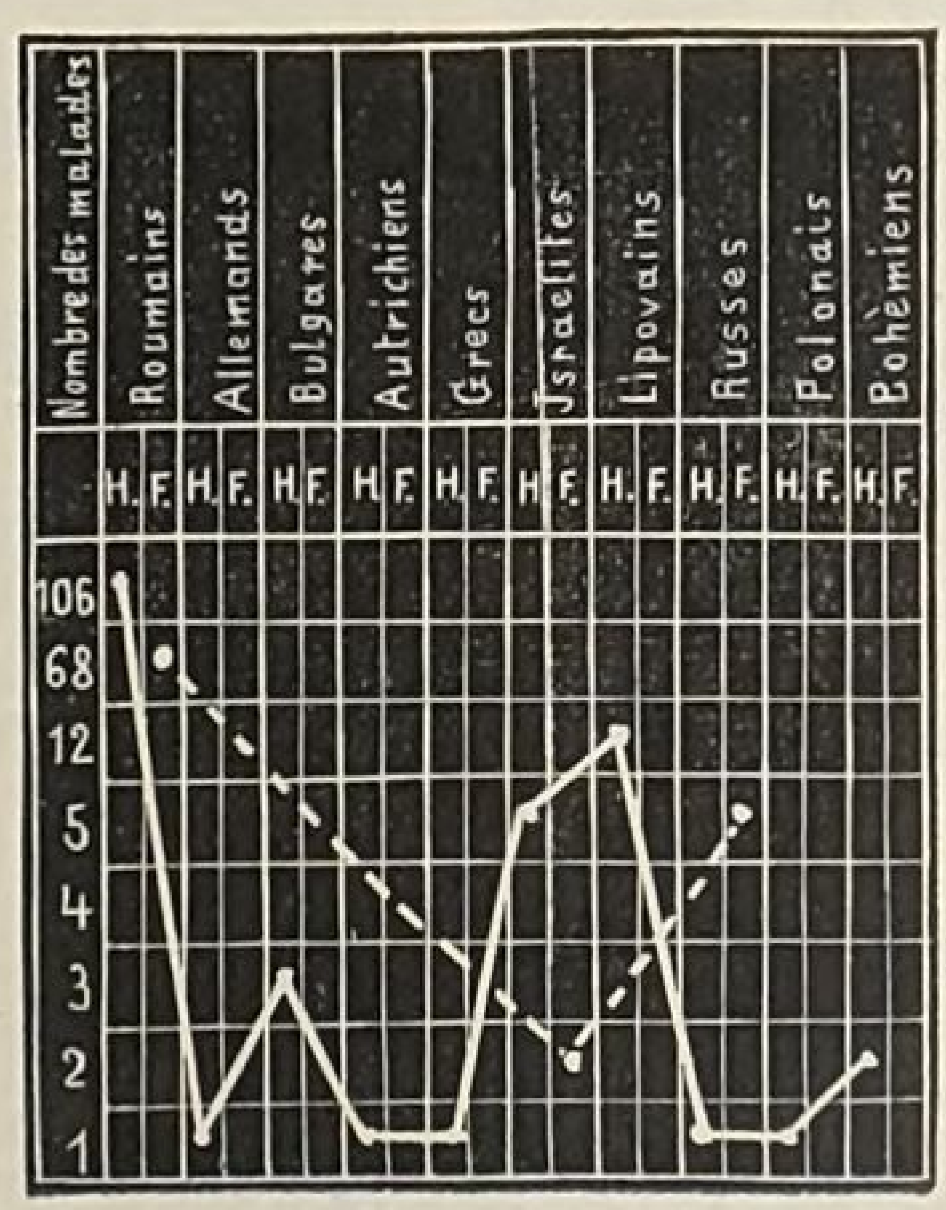
———— hommes. femmes.

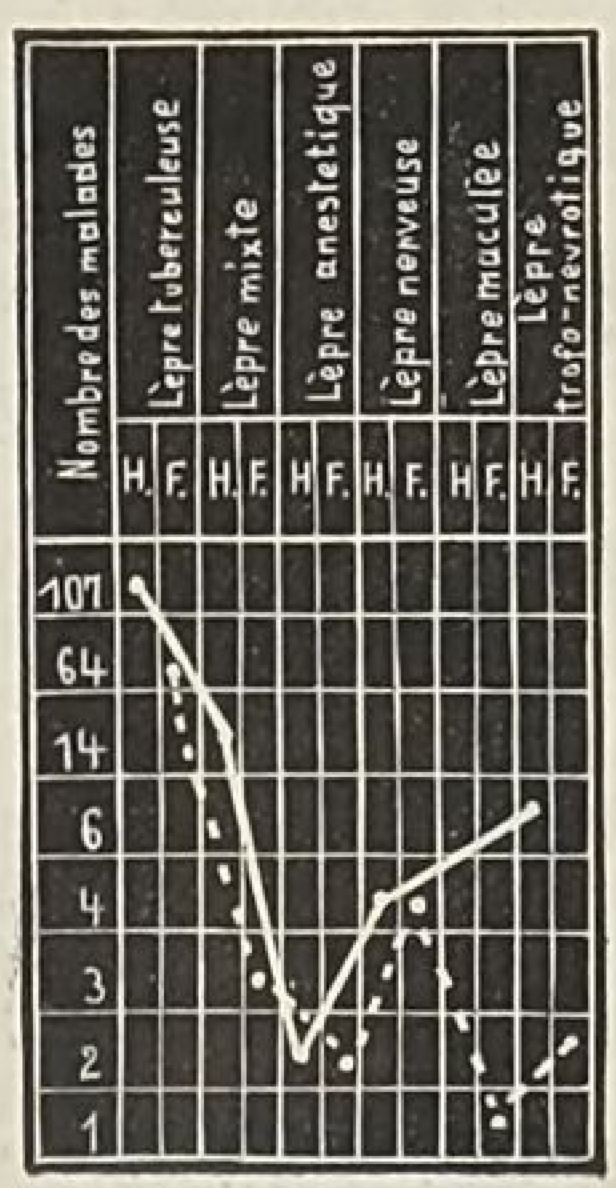


Les lépreux d'après le nationale.

Les lépreux d'après la forme de la lèpre.

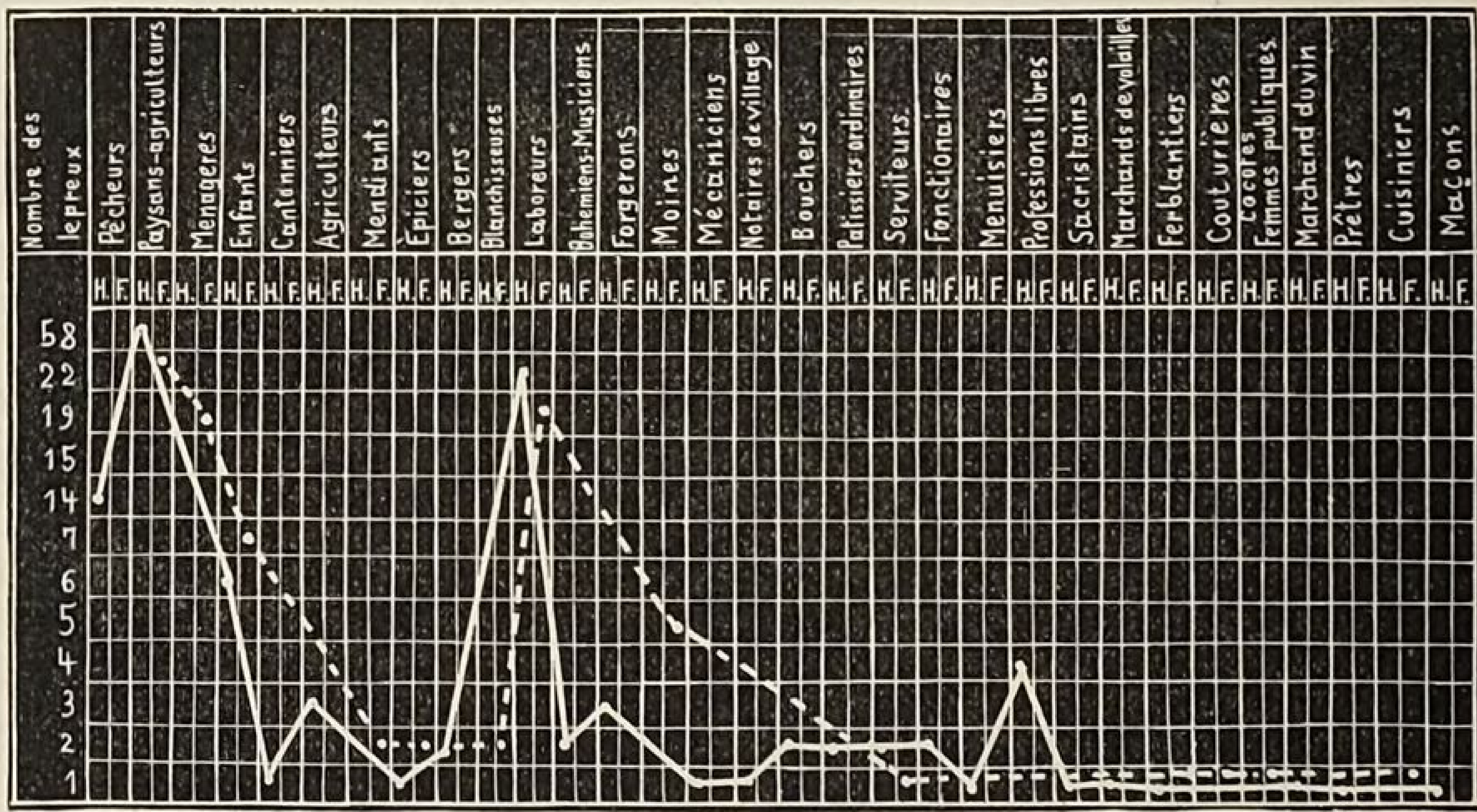
———— hommes. femmes.





Les Lépreux d'aprés leur Profession.

——— hommes. femmes.

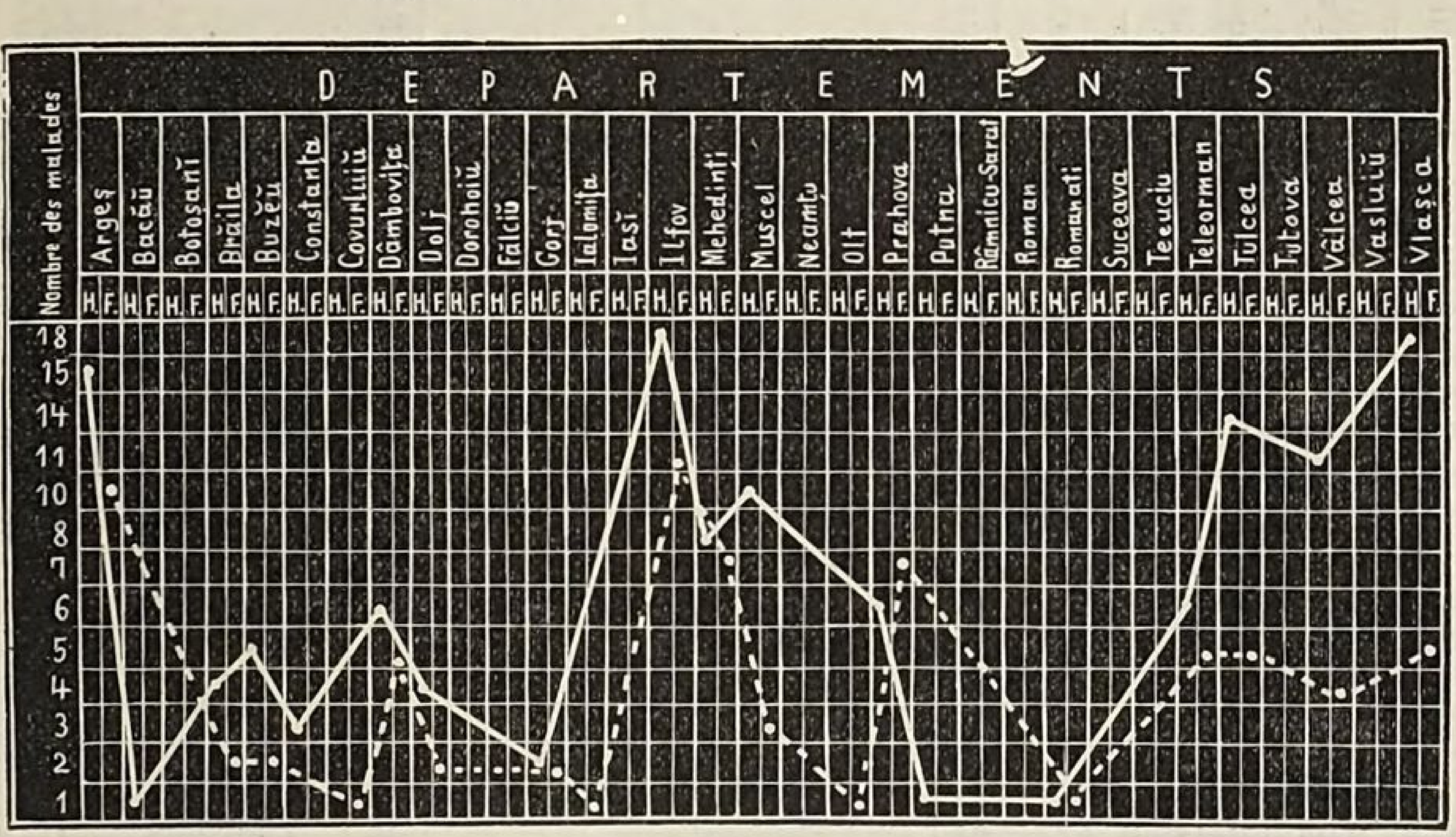


Tablou de Leprosii intrati in cautarea Spitalului

No. Curent	Data Intrarei in Spital.			Data Esirei din Spital			Numele si Pronumele	Etatea	Profesiuna	Sexul		Zile de Cautare
	Anul	Luna	Diua	Anul	Luna	Diua				Barbat	Femee	
	1870	Nu s'a primit in anul acesta nici nu bolnar de lepra.										
	1871	idem			idem		idem					
	1872	idem			idem		idem					
	1873	idem			idem		idem					
	1874	idem			idem		idem					
	1875	idem			idem		idem					
1	1876	Jan.	7	1876	Jan.	11	Costica Sfetcovici.	22	dulgher	1	—	4
	1877	Nu s'a primit in anul acesta nici nu bolnar de lepra.										
2	1878	Julie	31	1878	Sept.	14	Gheorghe Nistorescu.	32	in vatator	1	—	45
	1879	Nu s'a primit in anul acesta nici nu bolnar de lepra.										
	1880	idem			idem		idem					
3	1881	Jan.	30	1881	April	2	Nicolae Dumitru.	17	plugar	1	—	62
4	1881	Febr.	24	1881	April	4	Anghel J. Gradaucku.	20	plugar	1	—	39
	1882	Nu s'a primit in anul acesta nici nu bolnar de lepra.										
5	1883	Dec.	4	1883	Dec.	19	Elena D. Barbu.	25	cusaturesa	—	1	14
6	1884	Oct.	24	1885	Jan.	1	Marin Stancu.	25	—	1	—	68
7	1885	Jan.	2	1895	Jan.	16	Marin Stancu.	25	—	1	—	14
8	1885	Jun.	8	1885	Julie	9	Jeinef Ismail.	20	libera	1	—	31
9	1885	Julie	9	1885	Julie	24	Jeinef Ismail.	20	libera	1	—	15
10	1885	Sept.	28	1885	Dec.	5	Mahodin Amet.	27	municitor	1	—	68
11	1885	Oct.	18	1885	Dec.	5	Jeinef Ismail.	20	libera	1	—	48
12	1885	Novb.	27	1886	Jan.	14	Dumitru Gheorghe.	20	plugor	1	—	48
13	1886	Mart	27	1886	April	24	Marcu Stancu.	28	plugor	—	1	28
14	1886	Junie	6	1886	Aug.	3	Ileanca Badea.	20	la pariuti	1	—	58
15	1886	Novb.	22	1887	Febr.	15	Dumitru Borta.	20	plugor	1	—	78

Les Lépreux d'après les Départements.

______ hommes. femmes.



Brancovenesc de la 1870 pana Septembrie 1897.

Indetul	Plasa	Comuna	Natiunea	Terul Leprei	Starea Esirei: Vindec	Starea Esirei: Amel	Starea Esirei: Statu quo	No. registrului	
Oltu	Orasul	Slatina	Bulgar	Lupus syfilit.	—	—	1	1497	—
Valcea	Cozia	Costesti	Romana	L. tubercul.	—	1	—	1486	—
Ilfor	Sabaru	Colibasi	Romana	L. tubercul.	—	1	—	225	—
Vlasca	Calmatui	Ciuperceni	Romana	L. tubercul.	—	1	—	406	—
Vlasca	Marginea	Fratesti	Romana	L. tubercul.	—	1	—	2105	—
Damb	Cobia	Persinari	Romana	L. tubercul.	—	1	—	1643	—
„	Cobia	Persinari	Romana	L. tubercul.	—	1	—	6	—
Turcia	—	Careiena	Otomana	L. tubercul.	—	1	—	1349	—
„	—	Careiena	Otomana	L. tubercul.	—	1	—	1587	—
„	—	Karcusi	Otomana	L. anestesica	—	1	—	1839	—
„	—	Careiena	Otomana	L. tubercul.	—	1	—	1987	—
Vlasca	Marginea	Fratesti	Romana	L. tubercul.	—	1	—	2321	—
Damb	Cobia	Persinari	Romana	L. tubercul.	—	1	—	656	—
Vlasca	Marginea	Bujor	Romana	L. tubercul.	—	1	—	1275	—
„	Marginea	Fratesti	Romana	L. tuborcul.	—	—	—	2308	mort.

No. Curent	Data Intrarei in Spital			Data Esirei din Spital			Numele si Pronumele	Etatea	Profesiunea	Sexul		Zile de Cautare
	Anul	Luna	Diua	Anul	Luna	Diua				Barbat	Femee	
16	1887	Feb.	21	1887	Mart.	19	Jonita Barbu.	30	—	1	—	26
17	1887	Mart.	10	1887	Junie	24	Lina Mitran.	14	la pariuti	—	1	106
18	1887	Mart	19	1887	Mart.	25	Jonita Barbu.	30	plugor	1	—	6
19	1887	Mart.	25	1887	Apr.	12	Jonita Barbu.	30	plugor	1	—	18
20	1887	Junie	8	1887	Junie	29	Theodor C. Popescu.	17	la pariuti	1	—	21
21	1887	Sept.	13	1887	Noem.	1	Theodor Popescu.	17	copil	1	—	49
22	1887	Oct.	21	1888	Apr.	8	Marita Miu.	23	serortore	—	1	171
23	1887	Oct.	23	1887	Dec.	21	Gheorghe Dobre.	21	plugor	1	—	59
24	1887	Novb.	9	1887	Noem.	23	Theodor Popescu.	15	copil	1	—	13
25	1888	Jan.	26	1888	Feb.	9	Theodor Popescu.	17	la pariuti	1	—	14
26	1888	Dec.	31	1889	Feb.	14	Marcu Radu.	24	muncitor	1	—	45
27	1889	Mart.	5	1889	Apr.	2	Dumitra Stau.	20	plugores	—	1	28
28	1889	Mart.	11	1889	Apr.	2	Maria Cr. Vasilache.	12	copila	—	1	22
29	1889	Mart.	22	1889	Apr.	2	Lina Stau.	15	copila	—	1	11
30	1889	Mart.	23	1889	Main	12	Jon Filipoin.	21	plugor	1	—	56
31	1889	Mart.	25	1889	Apr.	22	Ctiri Gr. Olteanu.	25	muncitor	1	—	28
32	1889	Mart.	30	1889	Main	12	Jonita Stoica.	27	rotar	1	—	43
33	1889	Apr.	20	1889	Main	14	Dumitra Nicolae.	30	muncitóre	—	1	24
34	1989	Apr.	25	1889	Main	13	Constant. Grigore.	40	muncitor	1	—	18
35	1889	Oct.	2	1890	Mart.	24	Radu Caliu.	60	plugor	1	—	173
36	1889	Oct.	4	1889	Oct.	12	Jon Filip.	21	muncitor	1	—	12
37	1889	Oct.	12	1890	Apr.	25	Jon Filip Filipoin.	21	muncitor	1	—	185
38	1889	Oct.	20	1890	Julie	31	Alexe Leonte.	41	pescar	1	—	223
39	1890	Jan.	24	1890	Mart.	15	Dtru Badea.	30	plugor	1	—	50
40	1890	Mart.	13	1899	Main	29	Pompilie Jonescu.	38	serortor	1	—	76
41	1890	Apr.	9	1890	Main	15	Calina Drogomir.	22	muncitor	—	1	26
42	1890	Main	4	1890	Junie	30	Jon Jon Preda.	12	la pariuti	1	—	57
43	1890	Main	12	1890	Main	30	Marcu L. Aoram.	45	tinichigiu	1		45
44	1890	Julie	31	1890	Oct.	1	Alexe Leonte.	41	pescar	1	—	62
45	1890	Apr.	29	1890	Main	22	Alexe Leonte.	41	pescar	—	—	24
46	1890	Oct.	25	1891	Apr.	29	Voicu Jon.	17	la pariuti	—	—	186
47	1890	Novb.	15	1891	Jan.	15	Ibraim Ismail.	20	muncitor	1	—	61
48	1890	Novb.	19	1891	Apr.	5	Theodor Petrescu.	22	servitor	1	—	137
49	1890	Novb.	20	1891	Apr.	3	Jon Fliipoin.	24	plugar	1	—	114
50	1890	Dec.	7	1891	Feb.	8	Jona Chirita Albu.	25	menageru	—	1	63
51	1890	Dec.	30	1891	Feb.	20	Dumitra Stancu.	23	muncitore	—	1	52
52	1891	Dec.	30	1891	Mart.	3	Maria Cracinu.	12	la pariuti	—	1	63
53	1891	Jan.	18	1891	Apr.	10	Petre Badea.	23	plugar	1	—	81
54	1891	Jan.	21	1891	Jan.	23	Héna St. Jón.	3	la pariuti	—	1	2
55	1891	Febr.	1	1891	Apr.	10	Jon Stancin Marin.	46	plugar	1	—	67
56	1891	Febr.	18	1891	Mart.	7	Jóna Chirita Albu.	26	menag	—	1	17
57	1891	Febr.	18	1891	Mart.	4	Lina Pr. Dtru Nicolae.	16	la pariuti	—	1	13
58	1891	Apr.	1	1891	Julie	31	Jon Preda.	12	servitor	1	—	122
59	1891	Apr.	11	1881	Main	11	Pompilie Jonescu.	38	servitor	1	—	30
60	1891	Main	12	1891	Julie	31	Voicu J. Preda.	18	la pariuti	1	—	80
61	1891	Main	17	1891	Julie	13	Lixandru J. Barbu.	16	—	1	—	58
62	1891	Main	17	1891	Julie	31	Niculae Th. Stoian.	35	libera	1	—	75
63	1891	Junie	20	1891	Julie	16	Panait Jon Nico.	35	tacau	1	—	24
64	1891	Julie	26	1891	Julie	31	Nocolae Drag. Ignat.	7	copil	1	—	5
65	1891	Julie	26	1891	Julie	31	Anica Drag. Ignat.	33	plugar	—	1	5

Indetul	Plasa	Comuna	Natiunea	Terul Leprei	Starea Esirei Vindec	Amel	Statu quo	No. registrului	
Ilfor	Znagov	Cocioc	Romana	L. tubercul.	—	—	1	412	—
Ilfor	Sabaru	Colibasi	Romana	L. tubercul.	—	—	1	552	—
Ilfor	Znagor	Cocioc	Romana	L. tubercul.	—	1	—	629	—
Ilfor	Znagov	Cocioc	Romana	L. tubercul.	—	1	—	679	—
Ilfor	Orasul	Bucuresti	Romana	L. tubercul.	—	1	—	1298	—
Ilfor	Orasul	Bucuresti	Romana	L. tubercul.	—	1	—	1685	—
Dolj	Orasul	Craiova	Romana	L. tubercul.	—	—	1	2013	—
Damb	—	Santurile	Romana	L. tubercul.	—	—	—	2041	mort
Ilfor	Orasul	Bucuresti	Romana	L. tubercul.	—	1	—	2178	—
Ilfor	Orasul	Bucuresti	Romana	L. tubercul.	—	1	—	189	—
Vlasca	Orasul	Giurgiu	Romana	L. tubercul.	—	—	—	269	mort
Vlasca	Glavacioc	Frasinet	Romana	L anestetica	—	—	1	459	—
Vlasca	Glavacioc	Frasinet	Romana	L. mixta	—	—	1	507	—
Vlasca	Glavacioc	Frasinet	Romana	L. tubercul.	—	—	1	596	—
Muscel	Raurile Arges	Pomianteni	Romana	L. tubercul.	—	1	—	609	—
Ilfor	Mostistea	Dudesti	Romana	L. tubercul.	—	—	1	620	—
Prahora	Campu	Gorgosa	Romana	L. tubercul.	—	—	1	669	—
Dambor	Jal. Dambor	Costesti	Romana	L. tubercul.	—	—	—	829	mort
Ilfor	Mostistea	Banesa	Romana	L. tubercul.	—	—	1	855	—
Vlasca	Calnistea	Costin	Romana	L. nervosa	—	1	—	1639	—
Prahora	Filipesti	Manesti	Romana	L. tubercul.	—	—	1	1655	—
Prahora	Filipesti	Manesti	Romana	L. tubercul.	—	1	—	1746	—
Braila	Orasul	Braila	Romana	L. nervosa	—	—	1	2402	—
Ilfor	Oltenita	Coconi	Romana	L. tubercul.	—	1	—	252	—
Buzeu	Orasul	Mizil	Romana	L. mixta	—	—	1	703	—
Ilfor	Oltenita	Pruntu	Romana	L. mixta	—	—	1	976	—
Arges	Lovistea	Rascaeti	Romana	L. mixta	—	—	1	1284	—
Ilfor	Orasul	Bucuresti	Israelit	L. tubercul.	—	—	1	1375	—
Braila	Orasul	Braila	Romana	L. mixta	—	1	-	1801	—
Braila	Orasul	Braila	Romana	L. mixta	—	1	—	1106	—
Arges	Lovistea	Rascaeti	Romana	L. tubercul.	—	1	—	2490	—
Bulgaria	—	Topilari	Otomana	L. nervosa	—	1	—	2503	—
R. Valci	Ocol Otesani	Ocuele	Romana	L. tubercul.	—	1	—	2572	—
Prahora	Filipesti	Manesti	Romana	L. tubercul.	—	1	—	2584	—
Ilfor	Orasu	Oltenita	Romana	L. tubercul.	—	1	—	2731	—
Vlasca	Glavacioc	Frasinet	Romana	L. trofonevr.	—	1	—	2906	—
Vlasca	Glavacioc	Frasinet	Romana	L. tubercul.	—	1	—	2907	—
Ilfor	Znagov	Tiganesti	Romana	L. tubercul.	—	1	—	155	—
Vlasca	Glavacioc	Frasinet	Romana	L. tubercul.	—	-	1	167	—
Muscel	Nuctóra Dambovita	Albesti	Romana	L. mixta	—	1	—	261	—
Ilfor	Orasu	Oltenita	Romana	L. tubercul.	—	1	—	393	—
Ilfor	Sabaru	Colibasi	Romana	L. tubercul.	—	—	1	404	—
Arges	Lovistea	Rascaeti	Romana	L. nervosa	—	—	1	789	—
Buzeu	Orasul	Mizil	Romana	L. tubercul.	—	1	—	888	—
Arges	Lovistea	Rascaeti	Romana	L. tubercul.	—	—	1	1188	—
Ilfor	Znagov	Cocioc	Romana	L. tubercul.	—	—	1	1248	—
Bulgaria	—	Varna	Bulgaria	L. trofonevr.	—	—	1	1246	—
Nomanati	Orasul	Caracal	Romana	L. mixta	—	—	1	1474	—
Prahora	Filipesti	Moreni	Romana	L. tubercul.	—	—	1	1608	—
Prahora	Filipesti	Moreni	Romana	L. tubercul.	—	—	1	1609	—

No. Curent	Data Intrarei in Spital			Data Esirei din Spital			Numele si Pronumele	Etatea	Profesiunea	Sexul		Zile de Cautare
	Anul	Luna	Diua	Anul	Luna	Diua				Barbat	Femee	
66	1891	Julie	26	1891	Julie	31	Maria Dr. Ignat.	12	copila	—	1	5
67	1891	Julie	31	1891	Sept	13	Jon Jon Preda.	12	servitor	1	—	43
68	1891	Julie	31	1891	Sept	13	Voicu Jon Preda.	18	la pariuti	1	—	43
69	1891	Sept.	31	1891	Oct.	12	Niculae Th. Stoica.	35	libera	1	—	12
70	1891	Julie	31	1891	Aug	3	Niculae Dr. Ignat.	7	plugar	1	—	3
71	1891	Julie	31	1891	Aug.	3	Anica Drag. Ignat.	33	muncit.	—	1	3
72	1891	Julie	31	1891	Aug.	3	Maria D. Ignat.	12	la pariuti	—	1	3
73	1891	Aug.	29	1891	Sept.	13	Niculae Theodor.	35	libera	1	—	15
74	1891	Sept.	13	1892	Apr.	2	Voicu J. Preda.	18	copil	1	—	202
75	1891	Sept.	13	1891	Sept.	20	Nicolae Th. Stoicin.	35	libera	1	—	7
76	1891	Oct.	6	1892	Feb.	19	Nicolae R. Blezan.	23	muncitor	1	—	136
77	1891	Noem.	3	1892	Feb.	20	Nicolae Dr. Ignat.	7	la pariuti	1	—	109
78	1891	Noem.	3	1892	Feb.	20	Anica Dr. Ignat.	32	muncitóre	—	1	109
79	1891	Noem.	3	1892	Feb	20	Maria Dr. Ignat.	13	la pariuti	—	1	109
80	1891	Noem.	19	1891	Dec	13	Marcu Lazar.	50	tinichigiu	1	—	24
81	1891	Noem	27	1892	Mart.	15	Theodor Petrescu.	24	libera	1	—	109
82	1891	Noem.	29	1891	Dec	19	Gheorghe G. Poprescu.	38	plugar	1	—	18
83	1891	Dec	6	1892	Mart	10	Jon F. Filipoi.	24	plugar	1	—	96
84	1891	Dec.	15	1892	Mart	10	Toma C. Katzu.	20	plugar	1	—	86
85	1891	Dec.	19	1892	Jan.	7	Marcu Lazar.	50	tinichigiu	1	—	19
86	1891	Dec.	28	1892	Jan.	2	Florea Dinu Grozea.	19	plugar	1	—	5
87	1892	Jan.	2	1892	Feb.	14	Florea Dinu Grozea.	19	plugar	1	—	43
88	1892	Jan.	2	1892	Mart	18	Pompiliu Jonescu.	40	servitor	1	—	76
89	1892	Jan.	7	1892	Jan.	18	Marcu Lazar.	50	tinichigiu	1	—	68
90	1892	Feb	1	1892	Feb.	8	Radu Orasanu.	50	agricult.	1	—	7
91	1892	Feb.	24	1892	Mart.	9	Nastase Botan.	40	plugar	1	—	14
92	1892	Apr.	18	1892	Main	18	Stan B. Braulete.	35	muncitor	1	—	30
93	1892	Apr.	24	1892	Main	15	Gheorghe G. Cupidon.	16	macelar	1	—	21
94	1892	Apr.	24	1892	Main	15	Nicolae G. Cupidon.	22	macelar	1	—	21
95	1892	Main	2	1892	Main	15	Theodor Jonita.	44	plugar	1	—	12
96	1892	Main	3	1892	Junie	4	Dima P. Kiriacescu.	60	menagera	—	1	30
97	1892	Junie	11	1892	Julie	15	Josef Gherson Leibel.	14	copil	1	—	35
98	1892	Junie	24	1892	Julie	6	Costache J. Stoicescu.	21	precupet	1	—	12
99	1892	Oct.	12	1892	Oct	18	Marcu Lazar.	54	tinichigiu	1	—	6
100	1892	Noem.	4	1892	Jan.	9	Marcu Lazar.	54	tinichigiu	1	—	66
101	1892	Noem.	6	1893	Junie	26	Voicu Jon.	22	plugar	1	—	232
102	1892	Dec.	3	1892	Dec.	14	Nita Pavel.	37	muncitor	1	—	11
103	1893	Jan.	20	1893	Feb.	25	Dobre Radu.	40	muncitor	1	—	—
104	1893	Feb.	8	1893	Feb.	19	Dumitru Dinescu.	44	servitor	1	—	—
105	1893	Mart	11	1893	Mart.	15	Zaharia S. Falik.	42	corigor	1	—	—
106	1893	Mart	14	1893	Mart.	26	Catrina T. Stoian.	23	muncitore	—	1	—
107	1893	Main	29	1893	Julie	8	Josef Sebiu.	15	la pariuti	1	—	—
108	1893	Junie	6	1893	Junie	23	Jon Lungu.	38	plugar	1	—	—
109	1893	Junie	10	1893	Julie	10	Jenache Aldea.	28	muncitor	1	—	—
110	1893	Junie	20	1893	Aug.	8	Ivan Madenor.	25	muncit.	1	—	44

Indetul	Plasa	Comuna	Natiunea	Terul Leprei	Starea Esirei: Vindec	Amel	Statu quo	No. registrului	
Prahora	Filipesti	Moreni	Romana	L. tubercul.	—	—	1	1610	—
Arges	Lovistea	Rascaeti	Romana	L. tubercul.	—	—	1	1623	—
Arges	Lovistea	Rascaeti	Romana	L. tubercul.	—	—	1	1624	—
Bulgaria	—	Varna Calijdera	Bulgaria	L. tubercul.	—	—	1	1626	—
Prahora	Filipesti	Moreni	Romana	L. mixta	—	—	1	1630	—
Prahora	Filipesti	Moreni	Romana	L. tubercul.	—	—	1	1637	—
Prahora	Filipesti	Moreni	Romana	L. tubercul.	—	—	1	1638	—
Bulgaria	—	Varna Calijdera	Bulgaria	L. tubercul.	—	—	1	1795	—
Arges	Lovistea	Rascaeti	Romana	L. tubercul.	—	—	1	1957	—
Bulgar.	—	Varna	Bulgaria	L. anestesic.	—	1	—	1958	—
Prahora	Filipesti	Ditesti	Romana	L. tubercul.	—	1	—	2215	—
Prahora	Filipesti	Moreni	Romana	L. tubercul.	—	—	1	2333	—
Prnhora	Filipesti	Moreni	Romana	L. tubercul.	—	—	1	2535	—
Prahora	Filipesti	Moreni	Romana	L. tubercul.	—	—	1	2536	—
Ilfor	Orasul	Burur.	Israelita	L. tubercul.	—	1	—	2707	—
Valcea	Ocol	Ocuele	Romana	L. tubercul.	—	1	—	2791	—
Gorj	Olesani Amaradia Novaci	Ciocadia	Romana	L. tubercul.	—	1	—	2825	—
Prahora	Filipesti	Manesti	Romana	L. tubercul.	—	—	1	2880	—
Valcea	Horezu	Folesti de Jos	Romana	L. tubnrcul.	—	—	1	2955	—
Ilfor	Orasul	Bucuresti	Israelita	L. tubercul.	—	—	1	3007	—
Prahora	Filipesti	Moreni	Romana	L. tubercul.	—	—	1	3086	—
Prahora	Filipesti	Moreni	Romana	L. tubercul.	—	1	—	10	—
Buzeu	Orasul	Mizil	Romana	L. tubercul.	—	—	1	12	—
Ilfor	Orasul	Bucur.	Israelita	L. tubercul.	—	—	1	68	—
Braila	Balto	Ciòra	Romana	L. mixta	—	—	1	330	—
Muscel	Podgoria	Stefanesti	Romana	L. trofonevr.	—	—	1	523	—
Teleorman	Targu	Roscori de Vede	Romana	L. tubercul.	—	—	1	1112	—
Valcea	Orasul	R. Valcea	Romana	L. tubercul.	—	—	1	1169	—
Valcea	Orasul	R. Valci	Romana	L. tubercul.	—	—	1	1170	—
Ilfor	Znagov	Lipia Bojdani	Romana	L. tubercul.	—	1	—	1271	—
Braila	Balta	Viziru	Romana	L. mixta	—	—	1	1294	—
Arges	Orasul	Pitesti	Israelita	L. tubercul.	—	1	—	1648	—
Ilfor	Orasul	Bucuresti	Romaea	L. mixta	—	—	1	1696	—
Ilfor	Orasul	Bucuresti	Israelita	L. tubercul.	—	—	1	2457	—
Ilfor	Orasul	Bucuresti	Israelita	L. tubercul.	—	1	—	2710	—
Argesiu	Lovistea	Rascaeti	Romana	L. tubercul.	—	1	—	2730	—
Ilfor	Znagov	Poenari	Romana	L. trofonevr.	—	1	—	3012	—
Damborita	Jalomita	Cornesti	Romana	L. tubercul.	—	1	—	189	—
Ilfor	Dvita Mostidea	Stefanesti	Romana	L. tubercul.	—	1	—	374	—
Ilfor	Orasul	Bucuresti	Israelita	L. mixta	—	—	1	674	—
Ilfor	Dambovita	Magurele	Romana	L. tubercul.	—	—	1	706	—
Arges	Orasu	Pitesti	Romana	L. tubercul.	—	1	—	1561	—
Dolju	Campu	Dobridolu	Romana	L. tubercul.	—	1	—	1632	—
Prahora	Teleajenu	Aricesti	Romana	L. trofonevr.	—	1	—	1673	—
Bulgaria	—	Bologratic	Bulgaria	L. trofonevr.	—	1	—	1762	—

No. Curent	Data Intrarei in Spital			Data Esirei din Spital			Numele si Pronumele	Etatea	Profesiunes.	Sexul		Zile de Cautare
	Anul	Luna	Diua	Anul	Luna	Diua				Barbat	Femee	
111	1893	Junie	20	1893	Julie	4	Petre Miu.	38	plugar	1	—	14
112	1893	Junie	24	1893	Julie	22	Maria M^tei^ D^tru^.	46	menagera	—	1	28
113	1893	Junie	21	1893	Julie	1	Mitica Popescu.	31	agricult.	1	—	7
114	1893	Julie	8	1893	Julie	15	Jon M. Stoicu.	23	plugar	1	—	7
115	1893	Aug.	7	1893	Aug.	15	Anton Paraschivesc.	32	preot	1	—	8
116	1893	Aug.	15	1893	Sept.	18	Anton Paraschucku.	32	preot	1	—	34
117	1893	Oct.	15	1894	Mart.	15	Sandu Dumitru.	61	muncit.	1	—	144
118	1893	Oct.	16	1894	Julie	31	Voicu J. Preda.	22	muncit.	1	1	288
119	1893	Oct.	17	1894	Mart.	30	Flórea J. Manole.	40	plugaresa	—	—	164
120	1893	Noem.	11	1893	Noem	26	D^tru^ Constantin.	45	muncit.	1	—	15
121	1893	Noem.	23	1893	Dec.	7	Theodor Jonita.	32	plugar	1	—	14
122	1894	Jan.	11	1894	Feb.	7	Alexe D. Stoica.	35	ferar	1	—	26
123	1894	Jan.	18	1894	Feb.	4	Niculae Anastasescu.	52	agricultor	1	–	17
124	1894	Mart.	23	1894	Apr.	11	Niculae Anastasescu.	52	agricultor	1	—	19
125	1894	Main	7	1894	Junie	16	Ustenica Danielova.	63	calugarita	—	1	40
126	1894	Junie	16	1894	Junie	18	Marcu Lazar.	58	tinichigiu	1	—	2
127	1894	Aug.	1	1894	Oct.	3	Voicu Jon Preda.	20	muncitor	1	—	63
128	1894	Oct.	3	1894	Noem.	18	Voicu Jon Preda.	20	muncitor	1	—	46
129	1894	Oct.	19	1894	Noem.	6	Lina D. Nicolae.	20	plugar	1	—	17
130	1894	Oct.	19	1895	Mart.	31	Stan D. Nicolae.	15	copil	1	—	162
131	1894	Noem.	9	1895	Mart.	24	Nae R. Brezeanu.	25	muncit.	1	—	134
132	1895	Feb.	6	1895	Feb.	18	Veta J. Barbulescu.	30	libera	—	1	12
133	1895	Feb.	19	1895	Mart.	19	Smaranda D. Kivu.	36	plugarita	—	1	28
134	1895	Mart.	18	1895	Mart	30	Vasile Marescu.	30	plugar	1	—	12
135	1895	Apr.	6	1895	Apr.	9	Mitica C. Popescu.	32	motier	1	—	3
136	1895	Main	19	1895	Junie	18	Estera J. Bercovici.	37	muncitore	—	1	30
137	1895	Oct.	2	1895	Oct.	20	Nae Anastase.	54	agricult.	1	—	18
138	1895	Oct.	10	1895	Noem.	9	D^tru^ Dinescu.	42	muncit.	1	—	30
139	1895	Dec.	11	1895	Feb.	24	Jon Theodorescu.	25	amploiat	1	—	73
140	1896	Jan.	29	1896	Feb.	7	Nae Anastasescu.	54	libera	1	—	9
141	1896	Feb.	5	1896	Mart	17	D^tru^ C. Popescu.	32	ampl. concerc.	1	—	41
142	1896	Feb.	9	1896	Main	14	Jon J. Bisir.	30	plugar	1	—	95
143	1896	Feb.	24	1896	Mart	19	Anton Paraschivescu.	35	preot	1	—	24
144	1896	Main	27	1896	Julie	10	Maria N. Popa.	60	muncitore	—	1	14
145	1896	Junie	22	1896	Aug.	1	Anica Dr. Ignat.	36	—	—	1	40
146	1896	Junie	22	1896	Aug.	1	Nicolae Dr. Ignat.	12	la pariuti	1	—	40
147	1896	Aug.	1	1896	Sept.	16	Anica Dr. Ignat.	36	muncitóre	—	1	46
148	1896	Aug.	1	1896	Sept.	16	Nicol Dr. Ignat.	12	la pariuti	1	—	46
149	1896	Sept.	16	1897	Jan.	17	Anica Dr. Ignat.	36	muncit.	—	1	123
150	1896	Sept.	16	1897	Main	28	Nicolae Dr. Ignat.	12	la pariuti	1	—	254
151	1896	Sept.	19	1797	Apr.	4	Voicu St. Bivolaru.	27	muncitor	1	—	194
152	1896	Sept.	25	1897	Main	28	Maria Dr. Ignat.	16	la pariuti	—	1	245
153	1896	Oct.	7	1897	Noem.	27	Wilhelm V. Hirsch.	62	mecanic	1	—	51

Indetul	Plasa	Comuna	Natiunea	Terul Leprei	Starea Esireei: Vindec	Amel	Statu quo	No. registrului	
Teleorm.	Calmatui Marginea	Suhaia	Romana	L. mixta	—	1	—	1763	—
Ilfor	Orasul	Bucaresti	Romana	L. trofonevr.	—	1	—	1764	—
Putua	—	—	Romana	L. tubercul.	-	1	—	1784	—
Dolju	Balta	Nedea	Romana	L. trofonevr.	—	—	1	1844	—
Muscel	Nuctóra Dambovita	Valea Mare	Romana	L. mixta	—	—	1	1983	—
Muscel	—	Valea Mare	Romana	L. nervosa	—	1	—	2016	—
Vlasca	Marginea	Cacaleti	Romana	L. trofonevr.		1	—	2527	—
Arges	Lovistea	Rascaeti	Romana	L, tubercul.	—	1	—	2556	—
Teleórm.	Calmatui Marginea	Suhaia	Romana	L. tubercul.	—	1	—	2567	—
Ilfor	Orasul	Bucuresti	Romana	L. tubercul.	—	1		2824	—
Ilfor	Znagovu	Lipia Bojdani	Romana	L. tubercul.	—	1	—	2928	—
Dambor	Bolintiu	Titu	Romana	L. syfilitic.	—	1	—	95	—
Prahora	Orasul	Ploesti	Romana	L. mixta	—	1	—	166	—
Prahora	Orasul	Ploesti	Romana	L. mixta	—	1	—	807	—
Tulcea	Tulcea	Manait Cilic	Rusa	L. tubercul.	—	1	—	1262	—
Ilfor	Orasul	Bucur.	Israelita	L. tubercul.	—	1	—	1622	—
Arges	Lovistea	Rascaeti	Romana	L. tubercul.	—	—	1	1824	—
Arges	Lovistea	Rascaeti	Romana	L. mixta	—	—	—	2273	mort.
Ilfor	Sabaru	Colibasi	Romana	L. mixta	—	—	—	2428	mort.
. Ilfor	Sabaru	Colibasi	Romana	L. tubercul.	—	1	—	2429	—
Prahora	Filipesti	Ditesti	Romana	L. tubercul.	—	1	—	2592	—
Prahora	Orasul	Ploesti	Romana	L. tubercul.	—	1	—	47	—
Ilfor	Znagovu	Cocioc	Romana	L. tubercul.	—	—	—	389	mort.
Arges	Pitesti	Dobrogotea	Romana	L. tubercul.	—	1	—	607	—
Ilfor	Orasul	Bucuresti	Romana	L. tubercul.	—	—	1	755	—
Ilfor	Orasul	Bucuresti	Israelita	L. tubercul.	—	—	1	1113	—
Mehediuti	Blahnita Campu	Patulile	Romana	L. tubercul.	—	1	—	1842	—
Ilfor	Orasul	Bucuresti	Romana	L. tubercul.	—	1	—	1937	—
Constanta	Harsova	Topalu	Romana	L. tubercul.	—	1	—	2491	—
Mehediuti	Blahnita Campu	Patulile	Gréca	L. tubercul.	—	—	—	243	—
Vlasca	Calnistea	Gradistea	Romana	L. tubercul.	—	—	—	298	—
Vlasca	Marguica	Gostinu	Romana	L. tubercul.	—	—	—	335	—
Muscel	Nucsóra Dambovita	Valea Mare	Romana	L. nervósa	—	—	—	446	—
Ilfor	Dambovita	Platuresti	Romana	L. tubercul.	—	—	—	1437	—
Prahora	Filipesti	Moreni	Romana	L. mixta	—	—	—	1667	—
—	—	—	Romana	L. tubercul.	—	—	—	1668	—
—	—	—	Romana	L. mixta	—	—	—	1847	—
—	—	—	Romana	L. tubercul.	—	—	—	1872	—
—	—	—	Romana	L. mixta	—	—	—	2185	mort.
—	—	—	Romana	L. tubercul.	—	—	—	2189	—
Vlasca	Glavacioc Neajlovu	Scurtu	Romana	L. mixta	—	—	—	2230	—
Prahora	Pilipesti	Moreni	Romana	L. tubercul.	—	—	-	2311	—
Braila	Orasul	Braila	Germani	L. mixta	—	—	—	2458	mort.

No. Curent.	Data Intrarei in Spital			Data Esirei din Spital			Numele si Pronumele	Etatea	Profesiunea	Sexul		Zile de Cautare
	Anul	Luna	Diua	Anul	Luna	Diua				Barbat	Femee	
154	1896	Noem.	21	1897	Feb.	17	Olimpiada V. Salomita.	50	calugarita	—	1	88
155	1896	Dec.	10	1897	Feb.	9	Nae Anastasescu.	54	libera	1	—	30
156	1896	Dec.	19	1896	Dec.	25	Flórea P. Polojan.	31	plugara	—	1	6
157	1897	Jan.	23	1897	Mart.	13	Dragomir Gheorghe.	60	libera	1	—	49
158	1897	Feb.	27	1897	Julie	16	Jon Nicol. Voicu.	23	plugar	1	—	139
159	1897	Feb.	27	1897	Main	1	Stanca Gh. Olténu.	32	muncitóre	—	1	63
160	1897	Mart.	12	1897	Apr.	12	Anica Jon Dinu.	35	muncitóre	—	1	31
161	1897	Mart.	23	1897	Julie	16	Nicol. Spirea Cotmenénu.	35	muncitor	—	—	115
162	1897	Mart.	23	1897	Main	9	Maria Jon Vlad.	20	—	1	1	47
163	1897	Mart.	23	1897	Main	9	Maria Gh. Jon Jacob.	11	la pariuti	—	—	47
164	1897	Mart.	23	1897	Mart.	27	Flórea Gh. Jon Jacob.	50	muncitóre	1	1	4
165	1897	Mart.	23	1897	Main	9	Domnica Gh. Alexandru.	38	—	1	1	47
166	1897	Mart.	23	1897	Julie	16	Gheorghe D. Jordan.	21	muncitor	—	—	115
167	1897	Apr.	21	1897	Apr.	27	Tudor Panu Gugiu.	26	plugar	—	—	6
168	1897	Main	3	1897	Main	28	Haralamb. R. Popescu.	17	ciobau	—	—	25
169	1897	Julie	16	1897	Aug.	7	Johan V. Feimer.	60	tamplar	—	—	21

Indetul	Plasa	Comuna	Natiunea	Terul Leprei	Starea Esirei			No. rgistrului	
					Vindec	Amel	Statu quo		
Tecucini	Barlad Nicoresti	Monast. Buciumani	Rusa	L. mixta	—	—	—	2927	—
Mehediuti	Blahnita Campu	Patulile	Gréca	L. tubercul.	—	—	—	3129	—
Teleorm.	Teleorman	Beoca	Romana	L. mixta	—	—	—	3221	—
Ilfor	Orasul	Bucuresti	Romana	L. mixta	—	—	—	230	—
Arges	Oltu Topolog	Alimanesti	Romana	L. tubercul.	—	—	—	549	—
Arges	Oltu Topolog	Cioflingeni	Romana	L. mixta	—	—	—	550	—
Damborita	Délu Dambovita	Raciu	Remana	L. nervósa	—	—	—	663	—
Arges	Lovistea	Viblea	Romana	L. tubercul.	—	—	—	765	—
Arges	Lovistea	Salatrucil	Romana	L. tubercul.	—	—	—	758	—
Arges	Lovistea	Serbanesti	Romana	L. tubercul.	—	—	—	769	—
—	—	—	Romana	L. tubercul.	—	—	—	770	—
Arges	Oltu Topolog	Banuesti	Romana	L. tubercul.	—	—	—	771	—
Arges	Lovistea	Serbanesti	Romana	L. tubercul.	—	—	—	772	—
Teleorman	Targu	Calinesti	Romana	L. tubercul.	—	—	—	1034	—
Damborita	Jalomita Dambovita	Costesti	Romana	L. tubercul.	—	—	—	1193	—
Dolj.	Orasul	Craiova	Austriae	L. nervósa	—	—	—	1843	—

La lèpre en Roumanie.

Par

Petrini Paul de Bucarest.

En 1874 lorsque le Dr. Schreiber, chef des travaux anatomiques de l'Ephorie des Hôpitaux Civils de Bucarest, fit une communication à la Société de Dermatologie de Vienne, relativement à un cas de lèpre constaté en Roumanie, presque la plupart de nos médecins d'alors pensaient que le cas était complètement isolé, et que son origine devait être étrangère à la Roumanie.

Du temps que je faisais mes études médicales dans le pays, je me rappelle sûrement que mes chefs de service, en spécial le regretté Professeur Turnesco, classaient la lèpre tuberculeuse sous la dénomination de „syphilis tuberculeux invétéré."

Toutefois dès lors déjà une bonne partie de notre corps médical commença à se laisser pénétrer par un doute assez sérieux sur l'existence de cette maladie dans le pays; et nos plus valeureux médecins, parmi lesquels l'inoubliable Prof. Marcovici et d'autres, n'ont laissé passer aucune occasion pour faire toutes les investigations possibles afin de découvrir la lèpre en Roumanie.

Les cas étant pourtant fort rares, sourtout au centre il était difficile de rencontrer des lépreux dans les hôpitaux des villes.

Et cependant, dans un intervalle des 5 années (1871—75) le professeur Marcovici a trouvé l'occasion de montrer à ses élèves un second cas de lèpre tuberculeuse, qui se présenta dans son service de clinique de l'hôpital Coltzea.

Après un espace de 6 ans, pendant lequel on ne put signaler aucun cas nouveau de lèpre, en 1881, quatre années après la guerre russe-roumaine-turque, notre collègue le prof. Kalindéro reçut dans son service de l'hôpital Brancovenesc, et à la suite l'un de l'autre, deux malades de lèpre tuberculeuse, ce qui donna au distingué professeur l'occasion d'attirer de nouveau l'attention générale sur la lèpre et de faire en outre des recherches minutieuses, tant sur l'origine des deux cas précités, que sur les moyens de propagation de cette maladie.

Les deux souffrants étaient des paysans, laboureurs de leur métier, ayant leur domicile, l'un dans le département de Vlasca (com-

mune de Ciuperceni), l'autre dans le département d'Ilfov (commune de Colibasi).

A la suite des recherches faites par le prof. Kalindéro en personne, sur ces deux lépreux, nous sommes restés tous convaincus que le premier avait contracté la maladie par le contact avec les Cosaques et les Pahontes de l'armée russe.

Or, d'où jusque là l'on pensait que ces deux cas étaient totalement isolés, et que la lèpre n'existait pas en Roumanie dans la véritable acception du mot, il se présenta tout à coup, et sans de nouvelles investigations, un troisième cas, toujours au service du prof. Kalindéro, à l'hôpital Brancovenesc; ensuite, en 1884 parût un quatrième cas; en 1885, quatre cas à la fois, desquele deux étaient des Turcs de l'Anatolie, souffrant l'un de lèpre anestétique, l'autre de lèpre tuberculeuse.

Depuis, le nombre des lépreux croît progressivement chaque année, car en effet il a été reçu successivement dans le service du professeur Kalindéro:

3 cas en 1886;
9 „ „ 1887;
2 „ „ 1888;
12 „ „ 1889;
15 „ „ 1890;
35 „ „ 1891;
16 „ „ 1892;
19 „ „ 1893;
10 „ „ 1894;
7 „ „ 1895;
17 „ „ 1896;
17 „ „ 1897; (jusqu'au 1-er Septembre).

Cela fait au total 173 cas de lèpre, avec différentes formes.

D'un autre côté, dans l'intervalle de 1888 jusqu'au 1-er Septembre 1897, il a été reçu dans le service du professeur Petrini-Galatzi, de l'hôpital Coltzea, 30 autres malades.

Il résulte donc de tout ce qui vient d'être exposé, qu'à partir de l'année 1881, la lèpre a manifesté son existence en Roumanie avec une intensité assez grande, puisque le total des lépreux soignés, rien que dans les deux hôpitaux précités de la Capitale, monte à 203 cas, pour ces 15 dernières années.

Pendant tout ce temps ayant moi-même l'honneur d'être médecin à l'hôpital Brancovenesc, a. s. médecin secondaire dans le service du professeur Kalindéro, j'ai été mis en état de suivre pas à pas la marche progressive de cette maladie, de même que les causes de sa propagation: j'ai ainsi eu de fréquentes occasions de me convaincre par moi-même de l'infatigable insistance avec laquelle mon ex-chef a continuellement attiré l'attention de ses collègues et celle du gouvernement, sur le danger qui nous menace et sur la nécessité de prendre, au plus vite, toutes les mesures propres à faire disparaître une maladie aussi contagieuse.

En partageant sur ce point complètement les vues du professeur Kalindéro, et étant effrayé par le rapide surcroît du nombre des lépreux, j'ai profité du mandat que je possède comme représentant du pays et, dès l'année dernière encore, j'ai exposé dans le parlement sous forme d'interpellation la situation de la Roumanie en ce qui concerne la lèpre, en demandant au gouvernement d'adopter et de mettre en application — de préférence plus tôt que plus tard — les propositions déjà formulées bon nombre de fois par le prof. Kalindéro, afin de pouvoir empêcher à temps les suites irréparables qui découleraient du prolongement de notre situation actuelle.

Avec cette occasion je pense avoir réussi de réveiller, pour une bonne part, l'attention de l'opinion publique sur ce point, et même j'ai pu obtenir du gouvernement la promesse de mettre en vigueur toutes les mesures réclamées par la science, pour la limitation du mal, et d'instituer d'autre part une commission de spécialistes qui auraient la mission de rechercher minutieusement l'origine de la maladie, de constater le nombre des lépreux dans le pays et de pourvoir aux moyens nécessaires pour leur isolation.

Il est à remarquer pourtant, que pendant tout l'intervalle des dernières années, les opinions de nos médecins sur la lèpre en Roumanie étaient complètement partagées.

En effet, pendant que les uns, à la tête desquels nous faisons un devoir de placer le prof. Kalindéro, soutenaient que le nombre des lépreux n'était pas à négliger et que la maladie faisait journellement des progrès sensibles, les autres au contraire partageaient des vues absolument différentes. Et c'est malheureusement vers celles-ci qu'inclinaient l'administration sanitaire et les différents services médicaux qui en dépendant: c'est aussi ce qui explique en grande partie le retard apporté jusqu'ici à la solution de cette question d'ailleurs assez bien étudiée.

Les continuelles demandes d'enquête qui se faisaient dans le Conseil Sanitaire Supérieur, par quelques uns de ses membres, étaient systématiquement ajournées lorsqu'elles n'étaient pas combattues, sur le motif qu'il résulte des rapports officiels que le nombre des lépreux du pays serait de beaucoup inférieur à ce que l'on prétendait.

C'est ainsi que, pendant que quelques médecins soutenaient que le nombre des lépreux était en 1894 plus grand que 100, en 1895 plus grand que 120, et en 1896 plus grand que 150, la Direction du Service Sanitaire — par l'organe de son Directeur le prof. Félix — nous montre que le nombre des lépreux traités dans les hôpitaux du pays était de 32 en 1894 et de 112 en 1895. (1)

Pourtant le soussigné, en vertu de preuves indiscutables tirées des registres d'inscription des malades de l'hôpital Brancovenesc et de l'hôpital Coltzea, j'ai constaté — à l'occasion de mon interpellation faite au Sénat — que jusqu'au commencement de l'année 1896 il était entré dans les deux hôpitaux en question 173 lépreux, parmi lesquels 124 ne se trouvent figurer qu'une seule fois.

D'ailleurs même la dernière statistique officielle, quoiqu'elle par-

1) Rapports annuels du Service Sanitaire: années 1894 et 1895.

raisse être dressée avec plus de soins que les précédentes, est encore loin de représenter la réalité. Les recherches que j'ai entreprises m'ont convaincu qu'elle possède encore beaucoup de lacunes, et que ce n'est que par une enquête minutieuse, confiée à des personnes compétentes, qu'on pourrait arriver à établir la vérité sur cette question.

Je suis toutefois convaincu et en même temps je peux vous l'affirmer, Messieurs, que le gouvernement roumain est actuellement pleinement avisé de la gravité du mal qui nous menace et que, par conséquent, les mesures que vous aurez, Messieurs, décidées pour faire disparaître la lèpre, seront appliquées en Roumanie aussi, avec toute la rigueur voulue.

Comme preuves à l'appui j'ai la satisfaction de soumettre à votre connaissance que, déjà depuis le printemps de cette année, il a été ouvert à Rachitoasa du district de Tecuci un sanatorium destiné exclusivement aux lépreux, et qu'il fonctionne déjà.

Dans la prochaine session des corps législatifs, à l'occasion des modifications qu'on va introduire dans la loi sanitaire, il sera prévu aussi certaines dispositions relatives à ce sanatorium, afin d'éloigner les difficultés qui empêchent aujourd'hui l'application des mesures prophylactiques pour l'extermination de la lèpre.

Quoiqu'il a été soutenu et que même quelques uns de nos confrères soutiennent encore, que la lèpre n'existait pas en Roumanie avant la guerre russe-roumaine-turque, néanmoins les recherches du prof. Kalindéro aussi bien que les miennes propres m'autorisent à admettre que la lèpre existait dans notre pays bien avant l'année 1877.

Le cas décrit par le docteur Schreiber en 1874, celui observé par le prof. Marcovici avant la guerre de 1877 et le cas constaté par le prof. Kalindéro en 1878 sont autant de preuves à l'appui. Dans son mémoire sur la lèpre, présenté au Congrès de Dermatologie réuni en 1889 à Vienne, le prof. Kalindéro affirme que la lèpre a existé en Roumanie il y a déjà une soixantaine d'années.

Mes investigations m'ont conduit au même résultat.

Des informations recueillie chez les différents lépreux qui sont venus suivre le traitement de l'hôpital Brancovenesc au cours de 16 ans, et aussi de la dernière enquête faite dans le pays par la Direction du Service Sanitaire, il résulte d'une manière certaine que, pendant le premier quart de ce siècle, nous avons eu des lépreux et que ces derniers ont à leur tour transmis la maladie à ceux qui les entouraient[1]).

Cette opinion est partagée aussi par notre collègue le prof. Félix, directeur du Service Sanitaire.

Mais s'il est avéré que nous avons eu dans notre pays la lèpre avant la guerre de 1877, il n'en est pas moins vrai qu'au commencement du siècle les cas étaient bien moins nombreux et complètement

1) Voir le registre de la Direction du Service Sanitaire pour l'inscription des lépreux.

isolés: ils étaient dûs, à coup sûr, aux relations commerciales avec l'Archipel, de même qu'au voisinage et aux fréquents rapports que nous avions avec la Turquie et plus tard avec la Bulgarie.

La guerre russe-roumaine-turque a ensuite beaucoup favorisé la propagation de la lèpre chez nous, à cause du contact qu'une bonne partie de nos habitants a eu, pendant assez longtemps, avec les Cosaques et les Pahontes russes: ceci explique l'augmentation continue de la lèpre, sous différentes formes, quelques années après la guerre de 1877.

Pour ce qui est de la manière avec laquelle cette maladie se propage — en cela aussi perfaitement d'accord avec mon ex-chef le prof. Kalindéro — elle se transmet dans la plupart des cas par contagion directe.

En effet, il résulte de mes recherches faites sur ce point à l'hôpital Brancovenesc et aussi de la dernière enquête de la Direction du Service Sanitaire, que 75 pCt. ont attrapé la lèpre par contact direct; 10 pCt. par hérédité et 15 pCt. d'une manière impossible à déterminer.

Je me trouve ainsi autorisé à conclure qu'en première ligne la propagation de la lèpre se fait par contact direct et que dans quelques cas seulement elle se transmet par hérédité.

Il est bien entendu, d'autre part, que les conditions de la vie sociale ont une influence marquée en ce qui concerne le développement de cette maladie.

Les résultats des dernières recherches du Service Sanitaire concordent pleinement avec les vues du prof. Kalindéro et du soussigné, à savoir: l'agglomération, la misère de toute espèce, la mauvaise nourriture, la malpropreté, la nature du terrain, jouent un rôle important dans le développement de la lèpre.

Passons maintenant à la statistique de la lèpre en Roumanie.

D'après les résultats des dernières recherches, le nombre total des lépreux qui existent actuellement chez nous monte à 208. Ce nombre ne comprend pas les 10 malades qui sont arrivés au cours des dernières années des états voisins, les uns pour se faire soigner seulement, les autres même pour s'établir en Roumanie; parmi ces 10 lépreux on peut enregistrer 3 Turcs, 2 Bulgares, 1 Roumain de Bulgarie, 2 Roumains de Transylvanie, 1 Allemand et 1 Autrichien.

Les 208 cas de lèpre se trouvent répandus dans toutes les parties du pays: en effet, des 32 départements de la Roumanie, il y en a 22 qui sont atteints par la lèpre, desquels 16 appartement à la Valachie, 4 à la Moldavie et 2 composant la Dobroudja.

On voit donc que la lèpre est bien plus répandue en Valachie qu'en Moldavie; car les 16 départements de la Valachie (qui comprend 17 départements en tout) contiennent 182 lépreux, tandis que les 4 départements de la Moldavie (qui comprend en tout 13 départements) ne contiennent que 4 lépreux et, enfin, dans les deux départements de la Dobroudja il y a 22 lépreux.

Sic nous répartissons maintanent les 22 départements en trois groupes, d'après le nombre plus ou moins élevé des lépreux qui s'y trouvent, nous avons:

a) le premier groupe, avec 10—29 lépreux, se compose de 10 départements, à savoir Ilfov, Arges, Vlasca, Vàlcea, Mehedinti, Tulcea, Muscel, Prahova, Teleormann et Dàmbovita;

b) le 2-ème groupe avec 3—10 lépreux comprend 5 départements, à savoir Buzeu, Braila, Dolj, Gorj et Constanta;

c) le 3-ème groupe avec 1—2 lépreux se compose de 7 départements, à savoir Romanati, Bacau, Covurlui, Ialomita, Olt, Putna et Tecuci.

La première carte annexée à ce mémoire montre d'ailleurs, d'une manière plus détaillée, le nombre des lépreux dans chaque département, d'après leur sexe.

Comme nons l'avons déjà dit, les données statistiques actuelles sont encore loin de représenter la réalité des faits, et je suis convaincu qu'une enquête plus minutieuse nous mettrait en état de découvrir des lépreux dans les autres départements aussi, surtout en Moldavie. Mais quand même le nombre des malades de la Valachie et de la Dobroudja lui resterait supérieur.

La façon dont sont répartis les lépreux, dans les différentes régions du pays, n'est q'une nouvelle confirmation de ce qui a été dit précédemment relativement à l'accroissement progressif de la maladie après la guerre de 1877, car nous retrouvons en effet le plus grand nombre des lépreux sur le chemin suivi il y a 20 ans par l'armée russe et dans le voisinage de ce chemin.

La seconde carte annexée, qui contient la distribution des lépreux dans les sous-départements qui composent la Roumanie, nous montre que des 126 sous-départements du pays, il n'y en a que 47 qui sont atteints par la lèpre.

Pour ce qui concerne le nombre des lépreux dans chaque sous-département, nous observons que:

a) ce nombre est presque toujours en rapport direct avec le nombre des lépreux du département respectif.

b) tous les sous-départements des départements Ilfov, Muscel, Teleorman, Tulcea et Vlasca contiennent un ou plusieurs lépreux, tandis que chacun des départements de Dàmbovita, Mehedinti et Prahova n'en contiennent que dans 4 de ses 5 sous-départements et, enfin, les autres départements ne présentent des cas de lèpre que dans quelques uns de leurs sous-départements.

La troisième carte nous fait voir, ensuite, la répartition des lépreux d'après les villages et d'après les chefs-lieux des départements.

Nous y trouvons que de la totalité de 3.143 communes rurales, il n'y en a que 115 qui sont atteintes de lèpre.

Nous avons aussi des lépreux dans 3 villes secondaires, de même que dans 14 chefs-lieux de départements, parmi lesquels se trouve la ville de Bucarest qui chiffre 14 malades, dont 10 hommes et 4 femmes.

J'ai fait suivre le présent travail par 5 tableaux graphiques, destinés à mettre en relief le mouvement de la lèpre:

a) dans chacun de nos départements;

b) d'après les différentes professions;
c) d'après l'âge;
d) d'après la nationalité;
e) d'après les différentes formes sous lesquelles elle se manifeste.

En examinant ces 5 tableaux graphiques on peut facilement observer le nombre des lépreux de chaque catégorie en particulier, ainsi que leur sexe.

De tout ce qui vient d'être exposé, je me trouve autorisé à formuler les conclusions suivantes:

1. La lèpre existe en Roumanie, sous toutes ses formes connues jusqu'à aujourd'hui.

2. La lèpre a existé dans notre pays même avant la guerre russe-roumaine-turque;

3. C'est le contact de notre population avec les Cosaques du Don et du Volga et avec les Pahontes amenés par l'armée russe en 1877, ainsi que le passage par notre pays des prisonniers turcs, qui ont contribué d'une manière fort appréciable au développement de la lèpre en Roumanie;

4. La lèpre se trouve aujourd'hui répandue sur les deux tiers de la surface de notre pays;

5. La lèpre étant une maladie contagieuse, quoique transmissible aussi par hérédité, il est absolument nécessaire de ne plus garder les lépreux dans les hôpitaux destinés aux autres maladies non contagieuses.

6. Les Etats dans lesquels existe la lèpre devraient, d'après l'exemple de la Suède et de la Norwège, établir au plus vite — par des lois et des règlements spéciaux — toutes les mesures possibles pour isoler les lépreux et même pour interner les lépreux vagabonds;

7. En ce qui concerne enfin l'Etat Roumain, il serait absolument nécessaire que notre gouvernement constatât d'abord par une enquête scrupuleuse tous les cas de lèpre existant dans le pays entier, afin de pouvoir ensuite appliquer d'une manière systématique les différentes mesures qu'on adopterait pour l'extermination de la lèpre.

La lèpre en Grèce.

Par

Télémaque A. Mitaftsis d'Athènes.

Nous avons eu l'honneur de recevoir de notre gouvernement hellénique le mandat de le représenter à cette haute conférence internationale; nous l'avons accepté non avec l'espoir de lui donner la clef de solution de plusieurs questions concernant la maladie, qui nous occupe, mais afin d'offrir une petite contribution, qui vient appuyer les opinions, qui dominent aujourd'hui, et y ajouter, si possible, quelque chose de nouveau, fruit de nos observations et de nos recherches récentes.

Le désir de mes honorés confrères et le mien serait de voir la Grèce fournir un congrès, à cause du relativement grand nombre de ses lépreux des observations les plus intéressantes et des travaux remarquables à tous les points de vue; mais malheureusement, bien que le nombre de lépreux, que donne notre statistique, soit assez grand et suffisant pour des divers travaux, la dispersion de ces malades à tous les coins du royaume, le défaut de leur concentration, leur séjours dans les contrées, qui rendent l'examen médical absolument difficile, la crainte de ces malheureux malades d'être exposés aux poursuites cruelles de la population, tout cela fut non seulement pour moi, mais encore pour tous mes confrères grecs obstacles vraiment infranchissables, une barre empêchant toute recherche, toute enquête aussi détaillée et aussi scientifique que nous la désirerions. Je dois avouer, avant d'avancer dans l'exposé de mes diverses observations que tous mes efforts se seraient complètement échoués, si je n'avais obtenu le secours de toute espèce non seulement de la part de mon gouvernement, mais encore d'un grand nombre de mes confrères; je me trouve donc d'exprimer ici par ces quelques lignes ma reconnaissance la plus grande et ma gratitude inoubliable tout d'abord au gouvernement royal de Grèce et aux autorités supérieures qui ont fait un acceuil si prompt et si empressé à toutes mes demandes et ensuite à nombreux collègues grecs, qui se sont empressés, chancun de leur coté, de m'envoyer tout ce qu'ils ont recueillis, possedé, écrit d'après leur érudition superieure, leur sagacité et leur expérience longue et précieuse! que mes confrères m'excusent de ne pas citer tous leurs noms en commençant par celui de nos professeurs de l'Université et en finissant par celui de mon

confrère le plus éloigné! et je regrette bien vivement de ne pas avoir pu intercaler dans mon rapport mot à mot leurs sagaces observations![1])

Avant de commencer notre travail, nous avons dû tout d'abord compter sur le temps, qui nous restait depuis l'acceptation du mandat honorable, jusqu' à l'ouverture de ce congrès au milieu d'une ville si brillante en lumière scientifique et artistique; or, ce temps fut non seulement court, mais il coincidait malheureusement avec des moments, ou mon pays devait être armé devant l'ennemi envahissant son territoire et un bouleversement complet y régnait d'un bout à l'autre; de sorte qu'il ne nous restait rien plus que de nous limiter exclusivement à des recherches et enquêtes purement cliniques sans manquer à chaque occasion donnée, de non, étendre aux autre divisions de la lèpre comme nous allons voir plus bas.

En commençant l'analyse et l'exposé de nos observations, nous allons chemin faisant, intercaler d'abord un aspect historique général de la lèpre observée en Grèce, ensuite quelques petites observations aussi intéressantes et inconnues probablement à mes confrères du congrès, bien qu'elles soient publiées déjà dans les journaux médicaux de mon pays.

Aspect historique général de la lèpre observée en Grèce, surtout après la création du royaume.

Dans ce chapitre, nous ne voulons point décrire les opinions des anciens savants grecs sur la nature de la maladie, ni les noms divers qu'on lui a donnés; tout cela est aujourd'hui partout bien connu. Ce qui n'est plus douteux aujourd'hui c'est que, excepté toutes les maladies, qui étaient confondues avec la lèpre pure non seulement par Hippocrate même et les autres illustres, qui ont vécu après lui, mais encore par des confrères modernes, cette maladie est toujours endémique en Grèce depuis les temps les plus reculés, sans qu'il soit d'ailleurs possible de prouver aujourd'hui, fautes de manuscrits perdus ou des recherches à ce sujet, d'où cette maladie est venue et comment elle a envahie la Grèce; comme preuve historique nous pouvons ajouter que partout aujourd'hui on entend, on lit des noms des villages, qui portent un des divers noms, que l'on a donnés à plusieurs époques à cette maladie, c'est à dire les noms Léprion, Glafkos etc. etc.; aussi dans plusieurs endroits, selon mes renseignements, on trouve encore aujourd'hui les ruines des édifices, qui furent utilisés comme asiles sinon scientifiques du moins comme asiles de protection et d'isolement

1) Que mes autres confrères me permettent citer quelques noms de ceux, qui, après avoir vu plusieurs malades m'ont envoyé les plus longs rapports; ceux p. ex. de M. M. Pournaras (Latras), Basiliadés (Myconos), Chrysospathis (Calamata), Taliadouros et Risopoulos (Lamia), Eliacopoulos et Karalivanos (Parnassis), Zanthos (Hydra), Théophanidés (Agninion), Lellos (Gavalou), Cardamatis (Andros), Livanidis (Chios), G. Maccas (Athènes), Nomicos (Santorine), Stephanos (Athènes), Maroudas (Zante), Lembésis (Chalcis), Parisiadis et Phrydas (Myconos) etc. etc. et encore ceux des maires de villes, qui soit comme médecins eux mêmes, soit au noms des médecins municipaux m'ont envoyé aussi de longs rapports, ceux p. ex. de Scyros, Kyme, Karystie, Atalande, Platamodous etc. etc. etc.

des malades. De l'existence de ces asiles et des statistiques faites à diverses époques on peut conclure que cette maladie a eu dans une région des poussées épidémiques, tandis que dans l'autre elle est restée endémique de l'époque la plus reculée jusqu'à nos jours.

Aujourd'hui les lépreux en Grèce vivent, comme nous l'avons dit, dispersés; les plus pauvres vivent loin de la société, quelquefois même loin des villes dans une cabane agricole et parfois dans les monastères ou dans les grottes; de tels malades sont heureusement infiniment rares et portent la forme ulcéreuse de la maladie — et c'est ce qui les oblige de s'éloigner; tandis que les plus aisés peuvent cacher leur maladie aux yeux de la société autant qu'il leur est possible et vivent malheureusement au mileu de la ville et de villages. Un évènement bien frappant et pouvant expliquer d'une part la crainte terrible du peuple envers les lépreux, et d'autre part le sort de ces pauvres malades; on raconte comme ayant eu lieu dans la capitale, même il y a quelques années. Un marchand de tapis fut par hasard reconnu malade portant la forme anésthésique de la lèpre et pouvant se cacher longtemps et continuer son commerce en plein air. Aussitôt qu'on a avait répandu que ce commerçant était lépreux, aussitôt tous les acheteurs de ses tapis furent obligés de brûler leurs tapis précieux et le pauvre commerçant voyant qu'il se trouvait le lendemain sans clients et surtout sans pain, s'est suicidé.

En parlant plus haut de l'existence des petits asiles d'autrefois pour les lépreux, nous pouvons maintenant dire qu' aujourd'hui un tel asile existe et fonctionne en Grèce, peu remarquable à cause de sa petitesse et par conséquent peu important pour un rèsultat fructueux au point de vue scientifique, parceque cet asile, qui se trouve aux environs de la ville de Santorine, ne compte que 13 malades.

Nos progrès récents dans la médecine et dans les autres sciences, progrès acquis si péniblement après avoir secoué la lourde deminution étrangère de quatres siècles, progrès remarqués surtout dans la capitale de l'État, devraient s'étendre jusqu' à l'amélioration du sort de ces malheureuses créatures et en améliorant leur sort et rendant leur manière de vivre plus douce et plus humaine, ils devraient nous aider pour toute recherche et tout travail concernant la lèpre; — Monsieur Mavrogordatos, un des fils si nombreux et si généreux de notre nation, qui ont fait bâtir à leurs frais personnels tant d'édifices philanthropiques dans toute la Grèce, il y a à peine quelques ans qu'il a fait bâtir lui même dans la vallée historique de Marathon un palais destiné à la concentration des malades lépreux; il n'y manque absolument de rien, qui soit réclamé par la science, l'hygiène et tout ce qui est nécessaire pour bien vivre. Il est situé près de la colline, ou sont enterrés depuis de siècles déjà les braves compagnons de Miltiade; il est près du célèbre golfe, dont les ondes argentées frappent si doucement les bords de cette vallée déserte, tranquille, et dormant sous les larges ailes de la gloire éternelle; il est fondé aux pieds d'une montagne parsemée de verdure parfumée et pouvant aider les malheureux malades à vivre résignés, malgré leur hideux aspect au milieu de cette nature si riante et si pleine de beauté. Chambres nombreuses pouvant être emménagées avec tout le confort,

projets d'immenses jardins, où les malades auraient pu travailler et gagner plus que le secours pécuniaire due à la charité leur aurait accordé, compartiments pour faire travailler les malades de profession quelconque, un service médical basé sur tous les progrès récents, un tel édifice, rare dans son espèce, fut destiné de ne pas encore ouvrir ses portes bienfaitrices à ces malheureux lépreux errants. Les nombreux habitants des villages voisins ont protesté énérgiquement contre le fonctionnement de cet asile, craignant que les malades ne leur transmettent cette maladie inconnue dans cet endroit et ils veulent empêcher de toute manière l'installation d'un tel foyer près de leurs villages. Mais si ce splendide asile n'a pas encore fonctionné, l'île de Chios habitée presque en entier par des Grecs possède une construction presque pareille, due à la libéralité et aux sollicitudes de la communauté chrétienne de l'île. Cet asile fonctionne depuis longtemps et il est situé au milieu de forêts d'oranges et de citroniers cultivés par les malades eux-mêmes; son organisation est des plus parfaites, modèle rare de bienfaisance et d'humanité; les malades s'aident l'un l'autre et les pauvres mutilés sont entourés continuellement des soins de leurs compagnons de malheur; il n'y respirent pas l'air d'une grotte ou d'un vieux hôpital commun, mais l'air de la nature environnante, toujours fraîche, toujours parfumée.

Tel est l'aspect historique de la lèpre chez nous.

Du nombre des lépreux en Grèce.

Et d'abord il faut reconnaître que l'énumération exacte des lépreux en Grèce a toujours été très difficile, non seulement dans les temps reculés, mais encore aujourd'hui, malgré tous les essais, qui ont été faits à plusieurs et diverses époques. Cela est véritablement regrettable, parce que nous pourrions par comparaison des diverses statistiques nous renseigner sur l'augmentation ou la diminution de leur nombre, et nous pouvions tirer par conséquent des conclusions importantes. Une des causes principales, si non la seule et unique est la dispersion des malades presque sur tous les points de la Grèce lesquels comme nous l'avons déjà dit et comme nous dirons plus bas et plus longuement, voulant échapper à la poursuite des habitants, sont obligés de cacher par tous les moyens leur maladie; et si elle apparait, ils sont plus encore forcé de se retirer dans les endroits les plus inabordables ou d'émigrer dans un pays, où ils trouvent plus de tranquillité pour plusieurs raisons, mais surtout parceque les habitants de ces pays n'ont pas l'expérience des habitants de la Grèce pour diagnostiquer et écarter les malades lépreux par suite de la rareté de la maladie chez eux.

La seconde cause, qui n'est pas moins importante, pour la difficulté qu'on rencontre dans l'énumération des malades, cause qui va peu à peu disparaître, tandisque il y a quelques années augmentait plus encore la difficulté, c'est la confusion de la lèpre non seulement avec d'autres maladies de la peau, qui dans leurs diverses périodes ressemblent beaucoup à la lèpre, mais la confusion de la lèpre avec une forme de la syphilis, qui porte chez nous le nom „spyrocolon“.

Il y avait une époque plus ancienne, mais surtout il y a 40 ans, et cela est très remarquable, que les statistiques faites à cette époque présentent nombre des malades très éxagéré relativement au nombre d'aujourd'hui; exactement à cette époque la syphilis, la soeur, comme on croyait alors, de la lèpre, après avoir passé les frontières de l'Albanie voisine, faisait des ravages en Grèce; de sorte qu'on fut obligé de construire des hôpitaux spéciaux dans lesquels on introduisait par la force non seulement des syphilitiques, mais, encore faute d'un diagnostic différentiel entre la syphilis de telle forme et la lèpre, mais des lépreux regardés comme syphilitiques; par conséquent il n'est pas douteux, que le nombre des lépreux ne fût éxagéré, comme il n'est pas aussi douteux que après cet isolement forcé de ce mélange des malades on eût obtenu de diminuer considérablement non seulement la syphilis, mais encore le nombre des lépreux. Une autre raison, qui a diminué chez nous aujourd'hui le nombre apparent des lépreux, raison, qui existe aussi dans les autres pays, c'est qu'on parvient par des moyens surtout pharmaceutiques et d'autres encore à distinguer la syphilis de la lèpre, qui ressemble à quelques points à la syphilis; ces moyens sont devenus maintenant bien habituels chez nous, parceque la médecine a fait chez nous des progrès remarquables d'une part par l'organisation des services médicaux et d'une autre part par la tendance des médecins du pays d'aller se perfectionner aux meilleurs centres scientifiques des capitales européennes; et il n'est pas aujourd'hui si facile comme autrefois de confondre la syphilis et la lèpre.

Parmi les diverses causes, que nous venons d'énumérer, il ne faut pas passer sous silence une autre cause à laquelle on doit attribuer la diminution considérable des lépreux chex nous; c'est le changement radical des conditions de vie et la rareté des mariages de lépreux. La dispersion, dont nous venons de parler, avait beaucoup contribué à la dissolution des foyers principaux des lépreux, et aujourd'hui on voit que dans ces endroits, où après la guerre d'indépendance et pendant les grandes épidémies de lèpre, il y avait des maisonettes humides, sans soleil, sans aération et bâties dans les pires conditions d'hygiène, on y voit aujourd'hui une amélioration frappante sous tous les rapports. A cette amélioration générale appartient le meilleur régime des habitants, le mauvais régime étant d'ailleur avec si juste raison considéré chez nous comme une cause, qui favorise l'augmentation de cas de lèpre; ce régime se composait plus autrefois qu'aujourd'hui surtout de poissons salés, de l'huile, de graisse et de viandes salées et de mauvaise qualité. Le changement radical de tous ces causes a diminué les cas de lèpre et détruit les foyers de contagion. Pour défendre les opinions généralement adoptées, il faut encore bien remarquer, que dans les endroits, où á cause de la pauvreté des habitants ses conditions hygiéniques sont restées les mêmes sans aucune amélioration, dans ces endroits se trouvent justement aujourd'hui le plus grand nombre de lépreux.

La première statistique parue, qui donne un nombre approximatif de lépreux, pas de toute la Grèce, mais du Péloponèse, est la statisti-

que de Riegler mentionnée dans son ouvrage, „Die Türkei und deren Bewohner". Selon cette statistique les lépreux du Péloponèse étaient en 1840, 162, et en 1851, 350. Quelques années plus tard le médecin grec Dekigalla a fait lui aussi une statistique des lépreux, qui donne 186 lépreux dans toute la Grèce. Pendant plusieurs années on n'a pas eu une occasion de faire la recherche du nombre des lépreux et ce n'est qu' après plusieurs années, en 1884, que le Docteur Stéphany ayant recueilli avec toute précision, avec son habilité scientifique incontestable de nombreux renseignements, a dressé une statistique des plus exactes; il nous a donné des renseignements sur la question de la lèpre beaucoup plus exacts, beaucoup plus scientifiques que ces précurseurs. Selon cette statistique, le nombre des lépreux à cette époque monte à 166, dont 109 du sexe masculin et 57 du sexe feminin. En comparant cette statistique avec celle que nous donnons plus bas, on doit conclure ou que dans la statistique de Mr. Stéphanos sont compris aussi les lépreux, qui, venus du dehors, séjournaient provisoirement à cette époque en Grèce, ou vraiment leur nombre a diminué, parceque les uns sont morts, les autres, ce qui est absolument acceptable, selon mes renseignements les plus exacts et officiels, ont déjà émigré hors de la Grèce, ou encore, comme nous venons de dire plus haut, toutes les conditions d'hygiène générale, d'habitation, d'alimentation etc. ont fait diminuer le nombre de lépreux d'aujourd'hui. Cette dernière raison est peut être la plus dominante, parceque, en comparant les deux statistiques, on constate qu'aux endroits, où d'après la statistique de M. Stéphanos il y avait un certain nombre de lépreux, justement dans ces endroits nous constatons aujourd'hui que ce nombre a sensiblement diminué, sinon effacé.

Il y a un mois que nous avons créé notre statistique, qui précise aussi exactement que possible le nombre de lépreux en Grèce aujourd'hui. Nous avons dressé cette statistique en prenant comme base les renseignements officiels, que nous avons ensuite complétés par des renseignements fournis par des confrères obligeants; de sorte que nous pouvons affirmer, que grâce à ce secours ardent des autorités et des confréres nous publierons la statistique la plus complète. Nous devons dire que cette statistique ne comprend que les lépreux de la Grèce continentale, du Péloponèse et des îles; et encore elle ne comprend que la population du royaume grec, et pour les Grecs émigrés; pour plus les lépreux de la Thessalie par la raison, que les recherches dans ce département ont été difficiles par suite de l'envahissement de l'ennemi. Le nombre des lépreux dans ces provinces de Thessalie est selon toute probabilité de dix sept.

Lépreux en Grèce par département.

Departement.	sexe		les deux sexes.
	hommes.	femmes.	
Attique	7	4	11
Phtiotide et Phocide	6	4	10

Département.	sexe hommes.	femmes.	les deux sexes.
Etolie Acarnanie	2	1	3
Elide et Achara	4	2	6
Méssenie	8	5	13
Arcadie	5	3	8
Laconie	3	1	4
Aryolie et Corinthe	5	3	8
Cyclades	8	6	14
Eubée	12	6	18
Corfou	11	5	16
Zanthe	7	1	8

Des diverses formes cliniques, qui s'observent en Grèce, de leurs analogie entre elles, de leurs durée etc.

La forme clinique de la lèpre, qui s'observe particulièrement en Grèce, est la forme tuberculeuse, après vient la forme mixte, tandis que la forme anésthésique, franche et pure est la dernière, bien qu'elle aboutisse elle même très vite à la forme maculeuse ou ulcéreuse.

La forme tuberculeuse comme les autres formes ne présente rien d'extraordinaire, pour qu'on fasse une distinction entre elles et celles qu'on rencontre dans les autres pays du monde; les mêmes altérations, les mêmes caractéres, la même marche, la même repartition sur la peau, du moins comme je peux conclure par la somme des observations, que j'ai sous mes yeux. La même analogie peut s'observer dans les statistiques des temps précédents. De nos recherches personnelles, de celles de mes honorés confrères il ne résulte, rien de positif en ce qui concerne la cause de l'apparition plus fréquente de la forme tuberculeuse. La conclusion que l'on peut en tirer, c'est que, la forme tuberculeuse, se manifestant principalement chez les paysans et plus encore chez les hommes, dont les travaux sont durs et excessifs, la mauvaise hygiène et la malpropreté, dans lesquelles ils vivent, favorisent l'apparition de la maladie sous la forme tuberculeuse. Cette conclusion peut être aussi appuyée par d'autres raisons à savoir que la forme mixte ou encore mieux la forme anésthésique est plus fréquente chez les femmes, dont la manière de vivre, les soins relativement plus grands de leur corps ne favorisent pas, semble-il, le développement de la forme tuberculeuse. Ce sont les mêmes conclusions de M. Stéphanos, qui compare les lépreux de Crète de deux sexes; d'après lui l'analogie des hommes et des femmes dans la forme tuberculeuse est 63 : 11, tandisque celle de la forme mixte ou anésthésique est presque égale.

La manière du début ne diffère pas chez nous de celle qu'on observe dans les autres pays. Un mot seulement peut être ajouté, c'est qu'en Grèce le début ou même la durée de l'incubation sont encore plus obscurs, parce que le début, étant accompagné, comme on le sait, de frissons et apparaissant sous la forme de fièvre intermittente, il est

trés difficile en Grèce d'attribuer ce symptome à l'invasion de la maladie, car les fièvres intermittentes sont très fréquentes chez nous et même dans les localités, où on rencontre les cas les plus nombreux de la lèpre. En outre de ce qui concerne le début de la forme nerveuse, les choses sont aussi obscures, parce que les névralgies provenant des fièvres paludéennes sont assez fréquentes, de même que les sciatiques chez les personnes tout à fait indemnes de la lèpre. D'autres rares phénomènes méritent aussi, croyons nous d'être mentionnés; ce sont l'apparition des furoncles opiniâtres et répétés, qui, dans un des cas n'étaient pas aussi douloureux, que d'habitude; ils étaient secs avec une tendance minime a la formation de pus. Un des phénomènes, qui s'observe aussi de bonne heure et que nous mentionnons à titre de simple curiosité, c'est que les lépreux futurs, qui ont des lépreux dans leur famille, ont les traits de leur visage un peu durs; ils ont un aspect grossier, les joues rouges, les oreilles grandes et aplaties.

Dans nos enquètes et nos renseignements, nous trouvons un phénomène, qui a été également observé par plusieurs confrères. Dans plusieurs cas de la forme anésthésique on remarque une prédisposition héréditaire nerveuse, une maladie nerveuse essentielle, qui existait chez les parents. Y-a-t-il à cela une raison clinique ou anatomique? sans pouvoir nous prononcer sur cette question, nous voulons donner quelques exemples: „La nommée K âgée 42 ans, a été atteinte de la lèpre sous la forme anésthésique, il y a sept ans; ses symptomes consistaient en une perte de la sensibilité des deux membres supérieurs; les nerfs de ces membres étaient sensiblement durs, sans douleurs à la pression; il y avait deux tubercules un peu au dessus du coude droit, un panaris opiniâtre à la troisième phalange de la main gauche et des troubles trophiques des ongles des mains; en outre elle a eu dans ses membres inférieures une petite plaie située à la surface intérieure du pied gauche, de plus des troubles trophiques des ongles, dont quelques-uns sont déjà tombés. Elle portait sur le front quelques petits tubercules; elle avait un épaississement du nez, et une hypertrophie manifeste des sourcils. La malade a raconté que sa mère a eu la lèpre mixte, dont elle est morte après avoir manifesté des troubles cérebraux. La soeur, qui demeurait à Athènes était hystérique par excellence; son frère était bien portant; comme on peut supposer par le récit de la malade, son père est mort, il y a 15 ans, d'une maladie intercurrente, après avoir été paralysé et tremblant. La malade elle-même tombe parfois dans un état de mélancolie grave, dont elle ignore, dit-elle, la cause et elle affirme que ce n'est pas, dans tous les cas, la suite de la maladie dont elle est atteinte. Deuxième cas de même nature. Le père a eu la lèpre anésthésique et, devenu complétement aveugle, il est mort paralytique, il y a quelques années. Son fils, qui porte aussi la même forme de la maladie, est né sourd-muet; sa soeur qui n'est pas mariée, porte la lèpre mixte et elle a aussi très souvent des troubles psychiques, sous la forme, parait-il, d'excitations maniaques. —

Un troisième cas c'est le nommé D portant la lèpre plutôt

anésthésique; il a une soeur atteinte d'un délire mélancolique et tombée maintenant dans un abaissement intellectuel complet. Le malade même a fréquemment des attaques épileptiques. Je pourrais citer encore plusieurs exemples pareils pour coroborrer les opinions, qui sont déjà émises sur cette question.

Pendant la durée de ma dernière enquête est venu chez moi un homme nommé X , marchand, issu de Smyrne et établi provisoirement à Athènes; il est âgé de 42 ans, célibataire, et il m'a demandé mon opinion sur sa maladie, parce que les uns lui disent, qu'il a une maladie nerveuse, les autres la lèpre, et d'autres encore autre chose. Le malade n'a aucune tare héréditaire ni lépreuse, ni nerveuse, ni syphilitique. Il est commerçant comme nous avons dit tout à l'heure, et à cause de son métier il fait des voyages fréquents aux îles de l'Archipel, en Crète, et dans plusieurs parties de l'Orient, il séjourne longtemps dans ces pays, où la lèpre est endémique. Le malade montre une anesthésie complète des membres inférieurs, jusqu' à la moitié de la cuisse, excepté quelques parties conservant encore un petit degré de sensibilité. Sur l'une de ses jambes il présente une plaie, difficile à guérir, malgré tous les moyens thérapeutiques employés. Sur la jambe gauche il présente une surface rouge sur presque toute la partie antérieure de la jambe, acompagnée d'une infiltration de ces parties. Sur ses membres supérieurs et surtout sur le nerf moyen il a trois petits tubercules et sur l'autre main aussi encore quelques petits en formation. Il prétend que ses deux mains se remuent de jour en jour plus difficilement; il présente une atrophie manifeste des muscles de l'avant-bras, et il raconta qu'il ne peut plus à cause de cela porter les deux anneaux, qu'il portait d'habitude à la main droite, parce que ses doigts se sont aussi amaincis: on ne constate ailleurs rien d'anormal. Mais le malade depuis surtout dix mois a commencé à voir mal les objets de l'oeil droit; il dit que c'est à peine qu'il peut distinguer les objets. Il voit encore assez bien de l'oeil gauche. Sur les moyens d'investigation que nous avons eu à ce moment-là à notre disposition, nous avons diagnostiqué que ce malade porte la forme anésthésique de la lèpre; par l'examen ophthalmoscopique nous avons constaté qu'il existe une atrophie du nerf optique droit et il est intéressant de mentionner que, lorsque nous avons dit au malade qu'il est atteint de cette atrophie de nerf, il nous a déclaré qu'un confrère, aussi de Smyrne, avait fait le même diagnostic. Nous ignorons, notre spécialité étant une autre branche de la médecine, si on a observé fréquemment des cas d'atrophie précoce du nerf optique chez les lépreux; si le cas est rare, il est bon de l'intercaler ici, une fois qu'il est retrouvé.

Un autre phénomène bien curieux mérite d'être cité; il est déjà bien connu en Grèce mais peut-être pas de vous. Nous le décrivons à titre historique et nous devons son observation à un excellent confrère crétois, Monsieur Gerasimidis. Nous l'intercalons ici parce que on n'a pas encore cité un cas pareil non seulement dans l'histoire de la lèpre mais encore dans celle des autres maladies. Un jeune homme fut atteint de lèpre tuberculeuse contractée d'une autre indi-

vidu; ce malade présentait une profusion de sueur, qui coulait de ses extrémités supérieures et inférieures sans être influencée par la température de l'ambiant, puisque le même phénomène s'observait en hiver comme en été. Le confrère en entrant la nuit dans la chambre obscure du malade, a observé que sur les endroits où les mains et les pieds du malade auraient touché, se formaient des signes lumineux bien clairs et pareils à ceux, que produit le phosphore. Le confrère a observé ce phénomène à plusieurs reprises et en présence d'un autre confrère. Nous décrivons ce phénomène par ce qu'il est vraiment difficile de donner une explication suffisante, mais qu'on ne peut pas par hasard attribuer à la lèpre. Il serait de haute importance d'avoir les résultats d'un examen chimique non seulement des urines pour savoir s'il y eut eu en ce moment là une altération ou changement de la quantité des sels phosphoriques, mais un examen de la sueur même; de cette manière on aurait pu préciser aussi la différence ou l'analogie des phosphates dans la sueur; et si toutes ces choses restaient normales, il aurait fallu songer à un processus microbiochimique ayant lieu sur la peau du lépreux et provoquant une augmentation de la sécrétion des sels phosphoriques; ou bien penser que les microbes produiraient par leur nature ce phénomène de sueur.

Un autre phénomène, qui m'a été communiqué par plusieurs confrères, mérite d'être signalé, non pour sa rareté, parce qu'il est observé par plusieurs confrères, mais pour la fréquence de son apparition chez nous. Je veux parler des troubles du système génital chez les lépreux. Sur cette question je pourrais rapporter des cas nombreux d'après lesquels la menstruation chez les femmes cesse quelque fois complètement et elle reste ainsi suspendue dès le commencement de la maladie jusqu'à la mort de la malade; dans d'autres cas ces troubles paraissent quelque temps avant l'apparition des premiers phénomènes de la maladie. Ces troubles se manifestent ainsi chez les hommes, et consistent en des altérations profondes des glandes séminales sans qu'elles soient appréciables extérieurement, c'est à dire qu'on n'a pu observé l'atrophie des testicules: cela peut être expliqué parceque la lèpre chez nous attaque les individus relativement à un âge bien avancé, et quand les organes génitaux sont en plein développement. Un phénomène bien clair des troubles profonds de la physiologie génitale m'a été rapporté par l'excellent confrère Rizopoulos; d'après ce confrère deux femmes étant mariées avec des lépreux n'ont pas eu d'enfants; quelques années après la mort de leurs maris, elles se remarièrent et de ce second mariage elles ont maintenant plusieurs enfants, qui sont absolument sains.

En cherchant à connaître dans les 52 cas des malades à quel âge la lèpre est plus fréquente chez nous, nous avons observé qu'il n'y a pas un cas d'apparition de la lèpre à un âge moindre que 10 ans. Aussi d'après des renseignements, qui nous sont fournis par des spécialistes et des confrères de longue expérience, nous pouvons assurer qu'on n'a pas encore rencontré des cas congénitaux de la lèpre chez nous; il y a seulement un tel exemple; c'est le cas ancien du docteur Dekigalla qui avait observé un nouveau-né portant des signes caractéristiques de la maladie; la maladie se développa peu à

peu et l'enfant est mort quelques ans après; la mère de cet enfant était atteinte de la lèpre à sa première période.

En ignorant, si dans cette circonstance il s'agit de la lèpre ou de la syphilis, nous pouvons donner selon nos observations recueuillies les renseignements suivants en ce qui concerne l'apparition de la maladie dans les diverses périodes de la vie; il en résulte donc que la maladie est plus fréquente entre les 10—20 ans, moins fréquente entre 20—30 et après les 30 ans elle devient de plus en plus rare; ainsi pour ne compter que sur nos 52 cas les plus clairs, nous dressons le tableau suivant:

Nombre des malades	Sexe		Age de l'apparition de la maladie	Formes diverses de la maladie					
				tuberculeuse		mixtes		anésthesiques	
	hommes	femmes		homm.	femm.	homm.	femm.	homm.	femm.
28	19	9	10—20	12	4	5	2	2	3
14	9	5	20—30	5	1	3	2	1	2
7	4	3	30—40	3	1	1	1	0	1
3	2	1	40—60	1	0	1	1	0	0
52	34	18	—	21	6	10	6	3	6

En ce qui concerne la durée de chaque forme de la maladie, nous n' avons rien d'extraordinaire à remarquer; on observe c'est à dire ce que l'on voit ailleurs: que les malades de la forme anésthésique vivent plus longtemps que ceux des autres formes. Nous possédons deux cas seulement, selon lesquels la vie des malades se prolongea au- delà des limites communes; l'un de ces cas concerne une femme qui, ayant la forme anésthésique plus au moins claire, qui est bien nourrie, est encore vivante 28 ans après l'apparition de la maladie; l'autre cas concerne un homme, aussi bien soigné, qui vit encore 27 ans après les premiers symptomes de la maladie, qui a chez lui la forme mixte.

Aussi en ce qui concerne la cause de la mort des lépreux, nous n'avons rien à remarquer ce que ne s'observe dans les autres pays. D'ailleurs sur cette question nous manquent des renseignements assez précis et nous pouvons dire seulement que selon mes confrères grecs les malades de la forme tuberculeuse meurent plus souvent de septicémies gangréneuses, peut- être faute d'antiseptiques tandis que les malades de la forme anésthésique meurent quelquefois dans les campagnes ayant perdu probablement le sentiment d'appréciation de la température de l'atmosphère.

De la transmissibilité et de l'hérédité de la lèpre.

(Nos idées et notre manière de voir dans ces deux questions sont exposées verbalement et longuement au cours de la discussion de ces cas.)

Nous mettons sous la même rubrique ces deux termes, parceque

de nos observations personnelles, des renseignements donnés par des confrères de valeur incontestable, de la lecture attentive des 52 cas des malades, que nous avons sous nos yeux, résulte plus que clairement que la contagion et transmission de la maladie ont la même valeur. A la vérité, on peut très justement penser et conclure sans hésitation que les deux tiers de nos cas, comme ils nous sont exposés, sont en faveur de l'hérédité; mais en examinant les choses plus profondement nous arrivons à apprendre qu'il faut beaucoup restreindre les limites de l'hérédité, du moins de la manière de la quelle elle est comprise chez nous. En acceptant le rôle de l'hérédité, malgré toutes les idées nouvelles et malgré toute la valeur de ceux qui la nient, nous sommes arrivés à cette conclusion par les réflexions et observations suivantes: comment pouvons-nous accepter et considérer un individu comme lépreux par contagion, puisque cet individu n'a eu aucune personne lépreuse dans sa famille avec laquelle il a vécu dès sa naissance jusqu'à l'apparition de sa maladie? cet individu n'a été jamais en relation avec une autre personne lépreuse: il vit dans une ville, où la lèpre est parfaitement inconnue? et pourquoi nous ne pouvons pas accepter que ce même individu est devenu lépreux, parcequ'il a eu des aieux lépreux, ou un de ses proches parents aussi lépreux, mais avec lesquels cependant il n'a été jamais en relations directes, et qu'il n'a jamais vus ou connus, et pourquoi nous ne pouvons pas accepter que cet individu est devenu lépreux en héritant la maladie de son aieul ou de son proche parent. Heureusement nous possédons assez de tels cas dans notre riche collection, où toute idée de contagion directe doit être autant que possible écartée, et où l'influence de l'hérédité est hors de discussion. Parmi les cas de pure hérédité nous pouvons aussi compter les cas, qui portent chez nous le nom de la lèpre spontanée, qui s'est manifestée chez une personne, dont l'histoire présente ne nous donne aucune idée de contagion, mais dont la source de maladie nous devons naturellement rapporter à un individu, qui vivait avant la naissance de cette personne, puisque nous ne trouvons pas une autre source. Nous possédons deux cas assez precis de la lèpre dite spontanée, et nous en décrivons un seulement et sommairement: il s'agit d'une femme, qui fut atteinte de la lèpre au milieu d'un village montagneux, qui n'a jamais eu de communications avec des foyers lépreux, parcequ' autour de ce village on n'a jamais observé un seul cas de lèpre, du moins d'après le souvenir des habitants du pays; cette femme n'a pas eu de lépreux parmi ses parents proches ou éloignés; elle n'est jamais sortie du village, mais elle sait qu'un de ses grand parents est mort de lèpre avant qu'elle fut née. Comment donc pouvons nous croire que la maladie de cette femme n'est pas héréditaire, puisque nous connaissons toutes les conditions dans lesquelles elle a vécu et qui excluent toute idée de contagion? pourquoi ne pouvons-nous pas croire que ce parent, qui est mort avant la naissance de la malade l'ait légué à la malade? Il faut remarquer encore que la malade peu d'années après l'apparition de la maladie chez elle l'a transmise non seulement à son mari, mais à ses enfants.

Tout en acceptant donc le rôle héréditaire de la maladie, nous pouvons dire d'un autre côté aux défenseurs ardents de l'hérédité ab-

solue, qui sont assez nombreux chez nous: pourquoi sont-ils convaincus seulement de l'hérédité et non de la contagiosité de la maladie, puis qu'ils connaissent bien les conditions dans lesquelles vivent les familles chez nous, où les lépreux se trouvent quelquefois sans gêne non seulement au milieu de la société, mais encore pendant de longues années avec leur famille? et pourquoi n'est-il pas possible que quelques malades considérés par eux comme héréditaires n'aient pas contracté cette maladie contagieuse par un autre lépreux, qui se trouverait continuellement dant son entourage? Ainsi pensant et ainsi examinant les choses de plus près, nous pouvons assurément conclure que le nombre de cas héréditaires chez nous doit être restreint et que plusieurs cas, que dans notre collection on a considérés comme héréditaires doivent être rangés parmi les contagieux. En remplaçant au point de la contagiosité et de l'hérédité de la maladie nous croyons avoir tout à fait raison, parce que ce sont nos nombreuses observations qui nous l'imposent et nous ne pouvons pas nous en abstenir, avant qu'on trouve dans nos observations héréditaires une trace de contagion. Nous voulons maintenant décrire un cas de la pure hérédité, et un autre de la pure contagion, pour défendre autant que possible notre manière de juger et résoudre.

Cas héréditaire: P. J. . . . âgé de 33 ans, demeurant provisoirement au Sirée. Il présente les symptomes de la lèpre mixte; il a des tubercules sur la poitrine, le tronc, les bras, peu de tubercules ulcérés sur ses cuisses, et très peu de symptomes sur son visage, ce que lui permet par conséquent de vivre sans gêne et non suspecté au milieu de la société. Intellectuellement il est bien développé, de bonne tenue et il était depuis son plus jeune âge en service chez une famille riche, absolument saine, d'après ses renseignements les plus exacts. A cause de la nature de son service il était forcé de rester la plupart du temps à la maison sans être en relations intimes avec quelqu'un, sauf avec ses camarades de l'école jusqu'à l'âge de 7 ans. Agé déjà il avait pris place pendant quelques mois dans un bureau qu'il a quitté aussitôt après l'apparition des symptomes de sa maladie. Il a vécu pendant 15 ans dans cette famille absolument saine et riche et dans une ville, où on n'a jamais rapporté un cas de lèpre. Le premier tubercule lui est venue à l'âge de 12 ans au bras droit; il augmentait lentement, et peu à peu ont paru les autres symptomes. Il n'était point gêné de ces symptomes, dont il ne connaissait pas la nature; il ne s'adressa au médecin, que quand un de ses amis lui eut dit que ces tubercules sont lépreux; il en fut persuadé, il fut obligé de quitter son service; il a suivi tous les traitements empiriques et scientifiques, mais tout en vain. Un jour il a cru nécessaire de s'adresser à sa famille, à qui il a raconté pour la première fois sa maladie et la cause pour laquelle il a quitté son service. Sa famille est complète pour ainsi dire, sauf deux enfants, qui sont morts des maladies infantiles; son père et sa mère vivent encore aujourd'hui, agés chacun de 60 ans environs. Le malade fut séparé de la famille très jeune, et il demeurait loin d'elle, il était en relations donc très rarement avec elle. Il est l'avant-dernier enfant de sa famille, dont trois soeurs, qui sont déjà mariées et ont chacune des enfants agés et très bien

portants. Aucun des membres mentionnés de la famille n'a manifesté un symptome d'une telle maladie. La branche paternelle est absolument saine jusqu'à son grand-père et jusqu'à sa grand-mère; la même branche aussi saine en ce qui concerne les proches parents; mais celle de sa mère, d'après le récit d'elle même, est chargée du germe de la maladie. Sa mère raconte que la famille de sa mère, c'est à dire la famille de la grand-mère de notre malade était issue de Crète; quelques-uns de ses membres ont été lépreux, mais ils sont morts plusieurs années avant que la mère du malade fut mariée; de sorte que notre malade non seulement n'était pas encore au monde, quand ces lépreux vivaient, mais encore qu'il s'était séparé de très bonne heure de sa mère, qu'il servait chez une famille saine, riche, et qu'il vivait dans les meilleures conditions d'hygiène et de propreté.

Où donc at-il atrappé la maladie? .de ses grands parents qu'il n'avait jamais vus et connus; ou sa mère lui avait elle donné la contagion dont elle n'a pas eu du moins extérieurement aucun signe? et pourquoi ne peut-on croire que la maladie lui fut transmise par sa mère héréditairement? Nous ne voulons pas raconter d'autres cas pareils, nous en avons encore un grand nombre. Il nous a suffi d'en raconter un seul, parcequ'un seul fait suffit quelquefois à combattre des opinions et des idées opposées.

Maintenant nous voulons raconter le cas d'une contagion lépreuse pure sans intercaler les détails de la symptomatologie etc. Nous possédons des cas de contagion pure extrêmement nombreux où p. ex. un seul individu d'une famille parfaitement saine contaminé par la lèpre avait transmis la maladie à toute la famille.

La malade G d'Athènes, agée de 38 ans, porte bien manifestes les signes de la lèpre anesthésique, dont les principaux sont la chûte des trois phalanges des pieds, le mal perforant au pied gauche, plusieurs régions d'anesthésie sur plusieurs territoires des nerfs; il porte encore des tubercules principalement autour de l'anus, dont quelques-uns sont déjà ulcérés; la chûte des sourcils, il a les traits du visage caractéristiquement épaissis, ce qui lui donne un aspect sauvage et celui d'un homme troublé! Les parents vivent dans une ville, où la maladie est parfaitement inconnue de même que dans toute la contrée, on n'a jamais constaté un cas de lèpre. Ses parents sont sains, et ils savent qu'aucun de leurs ancètres n'a eu la maladie. Le malade, séparé de sa famille à l'âge de 15 ans, faisait le commerce d'olives, d'huile et de fromages; il était en relation avec les pays lépreux, c'est à dire avec Chios, Métyléne mais surtout avec Héracleion en Crète. Dans cette ville demeurait son agent, avec lequel il était en relations presque ininterrompues. Cet agent n'avait à ces moments-là aucun signe extérieur de la maladie. Le malade à cause de la nature de sa profession était forcé de séjourner à Héraclion, pendant des semaines quelquefois en se couchant et en mangeant dans cette famille. Son agent, comme le malade raconte, avait la lèpre héréditaire, son père était mort de la même maladie et aujourd'hui trois sur quatre enfants de l'agent sont lépreux; l'agent lui même aussi mène aujourd'hui une vive parfaitement errante, et porte la forme la plus hideuse de la lèpre tuberculeuse. Notre ma-

lade raconte qu'il avait observé les premiers symptomes de la maladie trois ans après qu'il avait commencé d'être en communication directe avec son agent, mais il n'y donnait pas d'attention; ces symptomes consistaient eu douleurs affreuses et périodiques aux membres inférieurs, en difficulté dans la marche, en fatigue rapide, et quelque temps après il a eu un petit ulcère à l'orteil gauche, que le malade attribuait à ses mauvaises chaussures. Il craint, il est honteux maintenant, il n'ose séjourner toujours dans la même ville, il se cache ainsi, et va de ville en ville pour se livrer à ses affaires, il ne laisse jamais passer l'occasion de demander un conseil médical nouveau; il prend des remèdes et des bains naturels; il garde la meilleure antisepsie et en géneral il prend toutes les précautions d'abord pour ne pas transmettre la maladie à autrui, et deuxiémement pour ne pas être connu comme lépreux. Il visite les bains d'Hypate chaque année et d'autres bains d'Orient. En décrivant deux cas bien clairs de contagion et de transmission, nous répétons ce que nous avons dit au commencement: l'état de nos connaissances, les recherches très attentives nous font accepter qu'il existe dans la production de la maladie deux agents, l'hérédité et la transmission et nous croyons qu'on aura tort de se laisser entraîner aux idées des contagionistes absolus, et en pensant ainsi et en entendant la voix de la clinique qui est plus pratique et plus réelle, on peut sans hésitation conclure avec nous que l'hérédité dans la maladie existe dans le même rôle que dans la tuberculose, et comme dans cette maladie on a reconnue l'hérédité et la contagion comme facteurs principaux, toute la même manière de penser peut s'accorder avec la lèpre.

En nous limitant, comme nous l'avons déjà dit dans les enquêtes purement cliniques, nous trouvons utile d'intercaler, puisque nous parlons de la contagion, deux cas assez intéressants. Il s'agit de la transmission de la lèpre à un individu chez lequel une partie du corps était mise à nu par un traumatisme. Nous voulons parler d'un marinier, qui n'a aucune tare héréditaire et qui travaillait sur un bâteau, dont l'équipage se composait surtout de personnes issues des îles de l'Archipel où la lèpre est endémique. Il n'a obsérvé sur lui-même ancun phénomène, quant, en pêchant des éponges, il a été blessé par hasard a l'avant bras; sa blessure probablement favorisée par une prédisposition maladive ne se cicatrisait pas facilement. En continuant pendant plusieurs mois le même service dans le bâteau il a observé les premiers symptomes de la maladie sur ses sourcils et sur son front, et quelque temps après quelques tubercules sur son avant-bras et tout autour de sa blessure, qui n'était pas encore bien cicatrisée; il s'adressa à un médecin, qui lui affirma que c'était la lèpre. Sur la proposition du médecin, le malade chercha et trouva qu' un de ses camarades de bâteau avait eu la lèpre anesthésique. En décrivant ce fait exactement comme il nous a été décrit, nous mettons à côté un autre fait prouvant tout à fait le contraire c'est à dire que les plaies ne peuvent pas être toujours la porte d'entrée au microbe de la maladie. Il s'agit d'une paysanne, ayant la forme tuberculeuse ulcéreuse de la lèpre développée et étendue sur tout son corps jusqu'à l'entrée de son vagin. Son mari dépuis longtemps

marié subit à chaque coït une rupture du prépuce, qui est accompagné quelquefois d'une hémorrhagie abondante. D'après l'examen répété du confrère, ce malade a cette partie toujours ulcérée; ce que ne l'avait pas empêché de répéter le coït. Le malade n'a jamais eu une idée d'antisepsie, il ne se lave jamais après le coït, et jusqu'à présent il se porte le mieux possible. Il faut signaler encore que ce malade, à cause de la nature de sa dure profession, a toujours les mains blessées et il les lave toujours aux mêmes bassins que sa femme. Il a en outre plusieurs cravasses ce ses lèvres parcequ'il fume ses cigarettes avec des feuilles de plantes molles, et jusqu'à présent il n'a manifesté aucun symptôme de lèpre.

Traitement.

En Grèce de même que partout ailleus tous les moyens de thérapie ont été employés, en large mesure chez les personnes relativement plus aisées et en partie chez les personnes pauvres. Pour parler seulement des substances médicamenteuses, qui ont été les plus employées, ce sont le salicylate de soude, l'huile le chaulmougra, l'arsénic avec toutes ses combinaisons et les jodopotassiques; d'après mes renseignements tous ces remédes ont été d'une utilité très médiocre; ces petits et peu favorables résultats consistaient quelquefois en une résorption en partie des surfaces épaissies de la peau, en une solution de quelques tubercules, en une amélioration de l'aspect des plaies et dans quelques cas extrêmements rares en une cicatrisation provisoire de ces dernières. Nous pouvons donner les mêmes renseignements pour ce qui concerne les moyens chirurgicaux. Parmi ces moyens, c'est surtout le thermocautère, mais encore c'est le fer rouge, qui fut employé empiriquement par des pauvres. Les résultats malheureusement sont aussi nuls, sinon nuisibles. Nous possédons des renseignements sur un de ces derniers cas qui sont dus à un de mes confrères. Il s'agissait d'un paysan, qui, voulant cautériser par un clou chauffé à rouge deux petits tubercules sur son front, et peut-être après une cautérisation imparfaite deux ou trois mois après a vu apparaître des tubercules non seulement sur son visage et les oreilles, mais sur ses bras et sa poitrine, et, chose curieuse, avec une rapidité relativement grande, tandis que la marche des deux tubercules premièrement apparus sur son front fût extrêmement lente. Je ne sais pas, si dans cette circonstance, il s'agit du même phénomène, qui s'observe quelquefois sur la tuberculose locale, où une jrritation plus au moins grande fait reveiller, mobiliser et disperser dans tout l'organisme les microbes jusqu'à ce moment-là tranquillisés dans leur foyer. Si de ces espèces de traitement nous ne sommes pas parvenus à donner des renseignements favorables, dans le traitement par des moyens antiseptiques accompagnés par des conditions d'hygiène générale et alimentaire, nous sommes relativement plus heureux de donner des renseignements encourageants. En général, on a réussi par ces derniers moyens, à améliorer visiblement l'état des malades, à arrêter la marche en avant de la maladie et à empêcher les tubercules de se ramollir. Puisque partout on a commencé aujourd'hui à employer

avec grande utilité ces moyens antiseptiques en diverses formes, un cas extrêmement intéressant mérite d'être mentionné. Ce cas favorable nous a été fourni par notre excellent confrère Eliocopuleos de Grèce. Ce confrère est aussi un des premiers, il y a trente ans, qui avait proposé le traitement de la tuberculose par des moyens antiseptiques et surtout par l'acide phénique. Le cas de ce confrère concerne un malade, agé de 45 ans; sa femme était aussi lépreuse, et c'est elle, qui sans aucun doute avait transmis la maladie non seulement à son mari, mais encore à deux enfants, garçon et fille, qui sont déjà morts comme leur mère. Le père malade avait eu la forme mixte de la lèpre. Le dit confrère n'a pu appliquer le traitement qu'au père, et cela parceque le père, demeurant dans un village voisin pouvait sécrètement pendant la nuit visiter le médecin qui le soignait tandisque les enfants ne pouvaient pas visiter le médecin à cause de leur bas âge, mais surtout, (ce qui est très caractéristique de l'idée terrible surtout à cette époque des habitants de la Grèce sur la contagion de la maladie), parcequ'ils craignaient la colère des habitants, en passant à travers leur ville. Seul donc le père a subi ce traitement très favorable et aujourd'hui après un traitement d'un an, il peut travailler au milieu de la société, les traces au moins extérieures de la maladie ayant disparu, sauf quelques territoirs anesthésiques observés surtout sur ses doigts. Le traitement s'est fait en injections hypodermiques d'une part, en compresses posées surtout sur les parties ulcérées. Les injections souscutanées ont été faites pendant une année, elles se répétaient chaque huit jours, et se composaient comme suit:

Acide phénique	dix centigrammes
acide benzoïque	deux centigrammes
pétrole pur	une goutte
huile d'amygdal.	suffisant

pour une seringue de Pravaz.

Les compresses plusieurs fois aussi répétées, ont été imbibées dans un mélange composé de

Pétrole	deux parties
huile d'olives	deux parties
acide phénique	une partie.

Si nous ne pouvons tirer de notre collection qu'un cas de guérison au moins jusqu'à présent à peu près complèt nous sommes d'une autre part heureux de fournir plusieurs autres cas sinon de guérison, mais d'amélioration arrivée à tel dégré que les malades aient pu revenir au milieu de la société si horriblement hostile contre leur présence, et reprendre leurs travaux ordinaires. Nous voulons parler des bains naturels. Il est connu que la Grèce, région autrefois par excellence volcanique, posséde des eaux minérales nullement inférieures aux meilleures sources du monde. Mais malheureusement la petitesse du pays, le manque des grands entrepreneurs et par conséquent le défaut de confort et de moyens de communications que l'on rencontre dans les grands centres populaires de l'Europe, tout cela diminue essentiellement l'importance curative et la concentration à flots des malades. Pour ne dire un mot des autres eaux, il me suffit mentionner seule-

ment les eaux de Kylène en Péloponnèse très bien organisées et celles d'Ypate, qui coulent près des Thermopyles historiques, du tombeau des vaillants Spartiates et de leur fier roi Léonidas. Les diverses analyses, qui ont été faites par des chimistes universellement connus, par Fresenius et Riche, aussi par nos très distingués professeurs chimistes Messieurs Dambergis et Christomanes, rangent ces sources parmi les meilleures sources sulfureuses du monde.

L'analyse récente des sources de Kylène faite par Fresenius a donné les résultats suivants:

Natrium bicarbonicum	g	0,238589
Lithium bicarbonicum	„	0,000531
Ammonium bicarbonicum . . .	„	0,009417
Natrium sulfuricum	„	0,237280
Natrium chloricum	„	1,553020
Natrium bromatum	„	0,000921
Natrium jodatum	„	0,000289
Kalium sulfuricum	„	0,026771
Calcium bicarbonicum	„	0,247877
Barium bicarbonicum	„	0,000149
Strontium bicarbonicum . . .	„	0,002389
Magnesium bicarbonicum . . .	„	0,208931
Ferrum subcarbonicum	„	0,000979
Magnesium subcarbonicum . . .	„	0,000040
Argillium phosphoricum . . .	„	0,000168
Argillium	„	0,000064
Acidum pyriticum	„	0,022697
Acid. carbonicum librum . . .	„	0,014734
Acide sulfhydrique	„	0,029610
	g	2,599896

Il y a encore des traces d'acide borique, d'acide nitrique, et d'autres substances résineuses.

L'analyse des eaux minérales d'Hypate faite par le professeur Dambergis a donné les résultats suivants:

a) Natrium chloricum	3,32153
Kali chloricum	0,11117
Calcium chloricum	0,06737
Magnesium chloricum	0,40584
Magnesium bromatum	0,00195
Calcium sulfuricum	0,02839
Calcium carbonicum	1,28095
Magnesium carbonicum	0,04788
Natrium carbonicum	0,26033
Argillium	0,00040
Ferr. oxyd.	0,00020
Pyritium	0,02620
Traces d'ammonium, acid. phosphor. nitricum, Barium, Strontium, Magnesium, Chlor, Lithium, Jode et des substances organiques.	
	5,55121

b) Substances gazéïformes en centim. c.c. (0° et 0,760)

Acide carbonique associé	706
„ „ libre	610
Acide sulfhydrique	6,24 ccm
poids spécif..	1,003689 (24°)
Température	33° C.

En ce qui concerne les résultats thérapeutiques des eaux minérales de Kylène, le nombre des cas de malades, qui y sont traités est minime, ses bains étant devenus presque bains pour les riches et par conséquent les observations n'ont pas une valeur de premier ordre. Il n'en est pas de même pour les eaux minérales d'Hypate. Il est constaté non seulement par les médecins de ces bains, mais par les malades eux mêmes, qui ne cessent jamais d'y aller faire leur cure qu'un usage prolongé plus que possible peut donner les meilleurs résultats: Un confrère a eu l'obligeance de me communiquer un cas extrêmement satisfaisant. Il s'agit d'un malade atteint de la forme ulcéreuse de la maladie avec des infiltrations énormes sur tous ses membres inférieurs. Il est allé aux bains et y est resté peu de temps, mais ayant les moyens de vivre et se soigner plus largement que les autres: Ce malade après deux mois de séjour est revenu chez lui avec ses plaies complètement cicatrisées et les infiltrations de sa peau entièrement absorbées. D'autres malades, et il y en a une quantité, qui sont restés plus longtemps en cure, mais ayant la lèpre plus chronique, plus opiniâtre, ont pu retourner avec une amélioration considérable de sorte qu'ils pouvaient reprendre leurs travaux journaliers. Quelques-uns de ces malades, qui le peuvent, ne manquent pas de revenir chaque année à ces eaux curatives pour améliorer leur état, s'il n'est pa saggravé. Selon mes renseignements il y a des malades, qui restent continuellement près de ces eaux, et qui, il faut le dire, se baignent aux mêmes bassins que les autres malades atteints d'une autre maladie, sans que ces derniers craignent de contracter la lèpre. Ces malades font usage de ces eaux non seulement extérieurement, mais encore intérieurement. Des malades déjà avérés, parfaitement pauvres, nourris seulement par la charité d'un bienfaiteur qui passe devant eux, vivant par conséquent dans les pires conditions hygiéniques, font usage de ces bains naturellement avec moins d'utilité, et seulement pendant la saison chaude; et s'ils ne laissent pas dans ces eaux les facteurs de leur maladie, du moins ils y laissent malpropretés, dont la pauvreté et la misère couvrent leur peau. Ce que l'on peut sans hésitation encore conclure de ces nombreuses observations sur cette amélioration vraiment digne d'être prise en grande considération, c'est que les cas non avérés de la lèpre soit qu'ils appartiennent à la forme anesthésique, soit à la forme tuberculeuse, sont plus aptes d'amélioration, et à plus forte raison les cas qui paraissent être contagieux. En terminant cette partie scientifique, j'avoue, qu'avec la plus vive satisfaction et plaisir j'attends opinions de mes savants confrères du congrès sur ce moyen thérapeutique, et si elles sont vraiment encourageantes, au retour dans mon pays je l'y apporterai comme une nouvelle précieuse, une annonce la plus joyeuse pour mon gouvernement; je lui recommanderai en

votre nom l'installation des léproséries près de ces eaux, si curatives; et par quel grand nombre de ces sources en Grèce la nature n'a-t-elle pas doté mon pays! Sources, qui n'attendent qu'une main habile pour les mettre en usage! Et combien plus léger deviendrait à ces pauvres et abandonnés malades le fardeau d'une vie si douloureuse! Combien leurs plaintes moins dures! Ils seraient concentrés là, venus de tous les pays grecs, de tous les coins inabordables, où ils s'installent en été comme en hiver, n'ayant comme témoignage et adoucissement de leurs souffrances que l'aspect bleu du ciel grec! N'ayant comme espoir consolateur que la main bienfaitrice d'un heureux hasard!

L'usage prolongé des bains pourrait rendre plus légère, sinon effacer, l'odeur de leur peau putrifiée! Le travail agricole surtout ferait contracter leurs muscles inertes et fondus, et leur dernier jour se terminerait ainsi dans des conditions moins lamentables, moins émouvants!

Bericht für die Schweiz.

Von

J. Jadassohn in Bern.

Ich erfülle heute die Aufgabe, mit der Sie mich betraut haben, und deren Lösung allerdings mit sehr geringer Mühe verbunden war: Ihnen über die „Lepra in der Schweiz" zu berichten.

Meine Nachforschungen nach Leprösen sind fast ganz erfolglos geblieben — weder Nachfragen bei den in der Schweiz ansässigen Dermatologen noch in den hiesigen ärztlichen Blättern veröffentlichte Bitten, mir Nachrichten, die für die Entdeckung von Leprösen in der Schweiz irgend eine Bedeutung haben könnten, auch solche über dubiöse Formen, zukommen zu lassen, haben irgend einen Erfolg gehabt. Besonders die Specialcollegen versicherten mir, dass sie nie etwas von Lepra in der Schweiz gesehen hätten. So beschränkt sich denn das, was ich Ihnen berichten kann, auf einen Fall, der sich seit 6 Jahren in der jetzt mir unterstellten Dermatologischen Klinik in Bern befindet, und einen zweiten Fall, den ich erst in den letzten Tagen aufgefunden habe — eigentlich nur in Folge eines besonderen Zufalls.

Der erste Fall ist ein jetzt 47 Jahre alter Mann, aus Bern stammend, der im Jahre 1874 in holländische Dienste trat und 6 Jahre in Java und Sumatra als Soldat diente, dann 12 Jahre lang in verschiedenen Stellungen und an verschiedenen Orten (Celebes, Malang [Java], Surabaia) in der Krankenpflege beschäftigt war. Er glaubt, nur ein einziges Mal einen Kranken gepflegt zu haben, von dem er es für möglich hält, dass er leprös gewesen sei; er habe später gehört, dass dieser Kranke in eine Leproserie gekommen sein soll und der Arzt habe die Verbrennung der bei ihm benutzten Verbandstoffe angeordnet. Unser Patient kehrte 1890 nach Europa zurück, nachdem er kurz vorher Flecke am Körper gehabt hatte, die nach seiner Aussage ganz wie Syphilis ausgesehen hätten und die nach 2 Wochen auf eine Pillenbehandlung verschwunden seien — auch die Aerzte hätten die Diagnose Lues gestellt. Erst im Herbst 1891 sind in Bern die ersten Blasen aufgetreten und von da an hat sich das Bild der „Lepra maculo-anaesthetica" in sehr characteristischer Weise bei ihm entwickelt. Auf die Krankengeschichte hier einzugehen, hat wohl

keinen Zweck. Der Patient lebt seit 1891 als „Pfründner" in einem Einzelzimmer der Klinik. Die Krankheit ist im langsamen Fortschreiten begriffen.

Der 2. Fall, von dem ich durch den Patienten der Klinik Kenntniss erhalten habe, ist ein jetzt 73 Jahre alter Mann, ebenfalls aus dem Canton Bern stammend. Er ging im Jahre 1854 nach Algier (in französischen Diensten), 1859 in holländischen Diensten nach Batavia und Sumatra, war 3 Jahre als Krankenwärter dort thätig und kehrte 1877 nach der Schweiz zurück. Aus seinen wenig klaren Angaben hebe ich nur hervor, dass er augenscheinlich schon 1878 oder 79 als leprös erkannt worden ist, er hat verschiedentlich angeblich Erfrierungen durchgemacht und ist an einem Beine und an mehreren Fingern amputirt worden. Zur Zeit lebt er in Privatpflege in einem Dorfe des Cantons Bern. Sein Allgemeinbefinden ist im Verhältniss zu seinem Alter sehr gut — ich habe ihn nur einmal flüchtig untersucht und ausser einigen ganz unregelmässigen Heerden von Anaesthesie und Depigmentirungen am Rücken, sowie Atrophie in der Musculatur des Gesichts Nichts bei ihm gefunden. Die Diagnose scheint auch auf Grund früherer Untersuchungen nicht zweifelhaft zu sein.

Das ist Alles, was ich gefunden habe. Ich brauche nicht zu betonen, dass sehr wohl noch andere Fälle in der Schweiz vorhanden sein können; es ist sogar fast auffallend, dass Nichts davon bekannt ist, denn die Schweizer gingen und gehen ja bekanntlich sehr viel ins Ausland. Speciell sind sehr Viele, wie mir gesagt wurde, früher in holländische Dienste getreten — und relativ Viele kehren in ihr Vaterland zurück, wie die beiden Patienten, über die ich berichten konnte.

Irgendwelche Maassnahmen zur Meldung und Isolirung der Leprösen bestehen, wie unter diesen Umständen natürlich, in der Schweiz nicht.

Portugal.

Par

Zeferini Falcao (Lisbonne).

J'ai l'honneur de présenter ce petit travail dans le seul but de m'acquitter de la tâche, que l'illustre Comité a bien voulu me confier.

La principale intention de la Conférence doit être, de fixer les moyens à opposer à la dissémination de la lèpre.

Pour atteindre ce but il faut connaître l'extension topographique de la lèpre et les qualités inhérentes à la maladie, qui la rendent transmissible.

En suivant cet ordre d'idées, je traiterai:

I. de la distribution de la lèpre en Portugal.

II. de l'hérédité et

III. de la contagion comme facteurs étiologiques.

IV. Et comme conséquence de l'exposé, je soumettrai à la respectable appréciation de la Conférence les mesures, que je crois profitables pour combattre l'extension et la dissémination de la lèpre.

I. Distribution de la lèpre en Portugal.

Pour pouvoir arriver à des résultats aussi précis que possible, dans l'absence de statistique des lépreux en Portugal, j'ai poursuivi une enquête, en envoyant à tous les médecins du pays le questionnaire ci-joint, et quelques mois après, en profitant de l'envoi de l'invitation pour le Congrès National de Médecine, qui aura lieu le mois de mai prochain, je lui ai fait parvenir une lettre circulaire sur le même sujet.

J'ai eu une réponse de presque la totatilé des médecins, et j'ai obtenu des questionnaires, dont toutes les questions ont été satisfaites; des lettres avec les noms des lépreux; d'autres avec le nombre; et enfin d'autres accusant l'existence ou non-existence de la lèpre dans la région.

En sommant tous ces cas et en ajoutant ceux que je connais et qui n'étaient pas rapportés, j'arrivai au nombre de quatre cents soixante six.

Ce nombre est audessous du vrai. Plusieurs confrères ont déclaré que le vrai nombre était superieur à celui qu'ils envoyaient, l'un a même écrit qu'il était supérieur au double; et d'autres n'ont fait plus qu'accuser l'existence de la maladie, en écrivant quelques-uns „il y a beaucoup de lépreux dans la région.“

Si les résultats de l'enquête n'ont pas été rigoureux, elle a cependant fourni de précieux renseignements.

Ainsi on sait 1. que les médecins connaissent de visu 466 lépreux, — 2. que le vrai nombre des lépreux est bien supérieur à ceci, — 3. on connaît les régions dans lesquelles existe la lèpre et celles où elle n'existe pas, — 4. on connaît la place des principaux foyers.

Par les diverses déclarations des médecins et surtout par la connaissance, que j'ai du pays par rapport à la lèpre, dont l'étude m'occupe il y a bien d'années, j'estime que le nombre total des lépreux en Portugal n'est pas inférieur a mille.

La distribution de lèpre, je la figure dans la carte ci-jointe. Elle est faite par départements, parceque il n'existe pas de carte de Portugal de petites dimensions où la division des arrondissements soit tracée.

Je l'ai fait faire, mais elle n'est pas encore finie, lorsqu'elle le sera je l'enverrai avec le tracé de la distribution et celui des principaux foyers pour être publiée dans les Actes de la Conférence si vous le croyez utile.

La lèpre se trouve dans tous les départements.

Le département le plus atteint est celui de Lisbonne, qui a le double de lépreux que tout autre et le moins est celui de Bragança où la lèpre n'existe presque pas.

Par rapport aux autres départements on peut les grouper en classes selon le degré de fréquence de la lèpre:

1. Braga-Aveiro-Coimbra,
2. Santarem,
3. Leiria-Vizeu-Faro-Porto,
4. Villa Real-Vianna de Castello,
5. Guarda,
6. Beja-Evora,
7. Castello-Branco-Portalegre.

II. Hérédité.

Un courant contre la notion de l'hérédité de la lèpre s'est établi pendant ces dernières années, courant que je ne trouve s'appuyer sur assez bons fondements, je m'efforcerai donc à produire des arguments en faveur de ce facteur étiologique.

L'hérédité comme la contagion sont des questions très difficiles à résoudre. La longue période d'incubation de la maladie est cause principale de cette difficulté.

Par rapport à l'hérédité cette difficulté est encore aggravée par les fausses déclarations des malades.

En Portugal du moins, les lépreux cachent soigneusement tout ce

qui se rapporte à l'existence de la lèpre dans un membre de leur famille, et eux mêmes ce dérobent à l'observation médicale en craignant d'être obligés de rentrer dans l'hôpital.

Ici cette difficulté est atténuée par les conditions spéciales du pays: petite étendue du territoire, des relations très faciles et abondance relative de lépreux.

C'est en s'adressant aux médecins, aux curés et aux anciens des petites localités, où tout le monde se connaît qu'on peut arriver à des résultats positifs.

C'est en suivant cette voie que j'ai pu rassembler un certain nombre de faits qui sont venus corroborer les idées que j'ai soutenu aux Congrès de Dermatologie de Vienne (Actes pag. 35) appuyé sur mon observation personelle.

Il y a des familles où la marche de la lèpre peut être suivie pendant plusieures générations.

En voici un exemple:

José Pereira (lépreux) est marié à Anna Cavide,
de ce mariage il est née une seule fille:
Anna qui se marie à Francisco.
Anna est devenue lépreuse après son mariage et a donné naissance à:
5 fils qui sont morts de la lèpre et 3 qui n'ont pas été atteints par la maladie:
José qui est resté célibataire,
Antonio marié à Jooquina,
de ce mariage il y a déjà deux fils lépreux,
et Manoel marié à Marie,
de ce mariage il n'y a eu qu'un fils qui est mort de la lèpre.

Ou sous la forme schématique:

Jose Pereira (lépr.) Anna Cavide	Anna (lépr.) mariée	5 fils morts de la lèpre	
		Antonio marié	2 fils lépr.
		Manoel marié	le seul fils lépr.
		Jose célibataire.	

Les cas de cette ordre ne sont pas très rares.

Je connais le cas d'une famille où la lèpre fait le saut d'une génération depuis longtemps.

C'est une famille très distinguée, dont les représentants actuels sont un avocat et deux soeurs. Ils sont fils de lépreux, mais ils sont indemnes et ils n'ont pas voulu se marier de crainte que leurs fils soient devenus lépreux, puisque en six générations successives le fait du saut d'une génération s'est reproduit d'une façon constante.

Il y a une trentaine d'années la lèpre n'était pas rare à Alcravella, petit village du département de Santarem, il y avait trois familles où les cas se suivaient de génération en génération.

Depuis ce temps là, en craignant cet affreux héritage personne n'a voulu se marier à aucun membre de cette famille et actuellement il n'y a pas de lèpre dans la région.

Ce fait n'est pas isolé, on trouve un certain nombre de faits semblables dans les différentes régions du pays où la croyance populaire à l'hérédité de la lèpre s'est conservée très vive.

Dans le dire des paysans ces familles ont le sangue ruim (mauvais sang) et personne ne se marie à aucun de leurs membres; mais ces individus ne sont pas tenus à l'écart, ils mangent à la table des sains et il arrive bien de fois qu'ils boivent par la même coupe, puisque les paysans ne croient pas à la contagion de la maladie.

Fréquents sont les cas d'un individu sain mais descendant de lépreux, marié à un autre dont aucun membre de sa famille jamais a été atteint de lèpre habitant après son mariage une région indemne, donner naissance à des fils qui à époques différentes deviennent lépreux.

C'est le sang de génération, qualité inhérente à l'hérédité.

Enfin il y a des faits qui ne trouvent d'explication que dans l'hérédité.

Pour ne pas allonger ces considérations, je ne donne qu'un exemple très intéressant par les renseignements fournis par le médecin de la localité, qui est très instruit et connaît bien la lèpre, puisqu'il a fait son internat à Lisbonne, à l'Hôpital St. Joseph, dont l'Hôpital de St. Lazare est dépendant.

Ce médecin a eu la peine de parcourir tout son arrondissement qui est peu peuplé, par rapport à sa grande étendue, cependant il a 16955 habitants.

Il a interrogé les curés et les anciens du pays et leur réponse a été toujours la même: ils ne se rappellaient d'aucun cas de lèpre, ni même d'avoir entendu parler de l'existence de cette maladie dans la région, avant le cas suivant qui est le seul lépreux de l'arrondissement.

Francisco Tafi, ouvrier d'une fabrique de bouchons de liège, âgé de 48 ans, marié, est né à Faro capitale de la province du Algarve et demeure à Idemira, province de l'Alemtege.

Sa mère naquit à Faro et elle y a toujours demeuré. Elle était atteinte de la lèpre tuberculeuse quelques années avant qu'il fut né.

Quelques jours après sa naissance, la mère n'ayant pas assez de lait et étant très pauvre, ses aïeux du côté paternel sont allés le chercher et il a vécu avec eux jusqu'à leur mort. Ses aïeux demeuraient à Idemira et il a toujours habité cette ville, cependant à l'âge de trente sept ans il a été pris de douleurs rhumatoides, suivies de

l'invasion de la période maculeuse et quelque temps après de tubercules se sont manifestés.

Il a présent la lèpre tuberculeuse, forme ulcéreuse.

Voici, messieurs, le résumé des faits, dont je n'augmente pas le nombre pour ne pas fatiguer votre attention, lesquels pris isolément peuvent laisser des doutes dans l'esprit, mais considérés dans son ensemble, démontrent, je crois, si non avec la rigueur mathématique, que d'ailleurs nous autres médecins ne sommes trop habitués à trouver dans nos démonstrations; mais d'une façon scientifique l'hérédité de la lèpre.

III. La contagion.

Par rapport à la contagion je ne m'allongerai pas en considérations, car cette qualité de la lèpre est aujourd'hui reconnue par presque la totalité des médecins qui s'occupent de l'étude de cette maladie.

Je laisse donc de côté l'énumération des arguments déjà produits, et je ne signalerai que quelques cas pris d'entre plusieurs que je possède.

Parmi ces cas on trouve quelques uns de lèpre conjugale, qui par sa rareté et le fait de sa supposée non-existence peuvent servir d'argument à ceux qui combattent la contagion, il me semble, dignes d'être enregistrés.

Manoel Tavares, cocher, célibataire, âgé de 20 ans, né à Vallado, département de Lisbonne a été pendant son enfance aide d'un gardeur de cochons, le seul lépreux qui existait à ce temps là dans le village et même dans un rayon de quelques lieues. Ils mangeaient de la même marmite et ils couchaient très souvent ensemble.

Manoel n'avait pas ascendance lépreuse et il n'avait pas des liens de consanguinité avec le gardeur.

Actuellement il est lépreux et le seul lépreux qu'il y a dans la région.

Dans le village de Lavra, département du Porto, vivait une famille dont les ascendants ou collatéraux n'avaient pas souffert de la lèpre.

Dans cette famille il y avait quatre frères.

Un de ces garçons est allé au Bresil, pour affaires commerciales et il y a contracté la lèpre, dont il est mort deux ans après son retour à la maison.

Au moment de sa mort deux de ses frères étaient déjà atteints et le troisième craignant éprouver aussi le même malheur a abandonné la maison, il a changé de village et il a coupé net les relations avec la maison paternelle.

Il vit encore tout à fait bien portant.

Ce cas est très intéressant parceque les deux facteurs l'hérédité et la contagion, (comme en bien d'autres cas), se trouvent conjugués, et surtout parceque le médecin qui me l'a communiqué a connu tous les membres de cette famille.

Dans une petite ville de la province du Algarve, Lagon, où ce médecin est né, et où il a exercé sa profession, il existait une famille dont la mère et tous ses fils (5), une fille exceptée, étaient lépreux.

Cette fille s'est mariée à un individu d'une autre localité et elle y a fixé sa résidence.

Tous les fils de ce mariage sont devenus lépreux à bas âge, et plus tard le mari a été atteint de lèpre tuberculeuse et il en est mort peu d'années après.

Ce médecin a cherché lui-même des renseignements précis sur les proches de cet individu et il a obtenu la certitude que la lèpre ne s'était manifestée dans aucun membre de sa famille avant son mariage.

La femme vivait encore bien portante.

Marie Costa, ménagère, âgée de 41 ans, mariée a Alexandre atteint de la lèpre tuberculeuse a cohabité avec son mari pendant plusieurs années toujours bien portante. Il y a deux ans le mari a reçu une blessure au pied droit, elle l'a soigné et elle faisait le pansement sans prendre aucune précaution, pas même de laver les mains. Au bout de quelque temps elle sentait engourdissement des doigts et les symptomes de la période maculeuse, et aujourd'hui elle est atteinte de la lèpre tuberculeuse.

Les premiers tubercules se sont manifestés aux dos des mains et aux avant-bras.

Il n'avait pas eu de la lèpre dans sa famille.

Joaquina Gaspar, propriétaire, âgée de 60 ans, née a Chai, grand département de Villa Real, appartenant à une famille où il n'y avait eu aucun cas de la lèpre, s'est marié a Lourenço de Silva, dont le père et deux cousins étaient lépreux.

Lourenço était bien portant à l'epoque de son mariage, mais il est devenu lépreux quelques années après.

Joaquina a été aussi atteinte de la lèpre tuberculeuse à l'âge de 40 ans et la seule fille qu'elle a eu, a présenté des manifestations de la lèpre dès le bas âge et elle en est morte à l'âge de 25 ans.

Philomène de Anpos, ménagère, veuve âgée de 44 ans, née à Villa de Porto est atteinte de lèpre tuberculeuse depuis les dixhuit ans. Son mari est mort de la lèpre tuberculeuse il y a quelques ans.

Le père et la mère du lépreux Amade de Jésus actuellement asilé dans l'Hôpital a S. Lazaro à Coïmbre étaient lépreux. Fait remar-

quable: quand Amade était âgé de 4 ans il présentait déjà de tubercules très saillantes.

Le père et la mère du lépreux Joaquin Lucas, commis d'une charcuterie a Lisbonne, sont morts de la lèpre.

Un oncle côté maternel et deux cousins sont aussi morts de la lèpre.

Le père et la mère de la lépreuse Francisco de Silve, propriétaire, âgée de soixante dix ans, née a Abecào, étaient lépreux et le seul frère qu'elle a eu est aussi mort de la lèpre.

Messieurs! J'arrive à présent à la troisième partie du travail, dans laquelle je me propose de traiter des moyens de combattre l'extension et la dissémination de la lèpre.

Il est bien connu de vous que l'étude de la dermatologie dans les cours généraux de médecine est un peu négligée.

Il y a des écoles où cette étude n'a pas le développement voulu, et d'autres où elle ne se fait pas.

La dermatologie donne à ceux qui la cultivent une discipline particulière dans l'observation, qui a une grande valeur pour l'étude de la lèpre, qui d'ailleurs y trouve sa place naturelle.

Il serait pourtant tout à fait convenable que les études dermatologiques soient régulièrement organisées.

Il s'agit de faire le cens de la population lépreuse. Il nous manque donc la base sans laquelle rien d'utile en fait de prophylaxie peut être réglé.

La seule manière pratique de la réaliser avec exactitude c'est en envoyant des dessins et photographies des différentes formes de la lèpre, acompagnées de notes explicatives, aux médecins, aux curés, aux autorités, aux pharmaciens et aux hommes intelligents de chaque localité, et dans un jour fixé d'avance, un médecin versé dans cet ordre d'etudes doit parcourir ces points et examiner les individus suspects.

La notion de la contagion adoptée, la conséquence naturelle c'est d'empêcher les relations des lépreux avec la population indemne, partant l'isolement, dont les précieux résultats ont déjà reçu la sanction de la pratique, soit au Moyen-Age soit aujourd'hui dans les pays où il est employé.

L'établissement de colonies agricoles de lépreux c'est la solution que je trouve la plus compatible avec l'état de la civilisation actuelle.

Pour le Portugal la province du Alemteji où la lèpre est très rare, offre des conditions très convenables, à cause des grandes étendues de terrain fertile encore inculte, éloignées des lieux peuplés.

Le moyen le plus sûr de faire diminuer la lèpre c'est sa guérison; tous les efforts doivent converger pour atteindre ce but.

Les colonies offriraient un vaste champ d'observation et d'expérimentation, et des services avec laboratoires bien organisés en-

Questionnaire pour l'étude de la lèpre en Portugal.

(Résidence actuelle) Département Arrondissement

Nom

Parocien Logar

	Maladies antérieures.	Famille.	Maladie atuelle.	Conditions étiologiques.	Considérations générales. (Pour la médecine.)
Profession?	Syphilis?	Père lépreux?	Lepra tuberculosa?	Habitation?	Croyez vous la maladie contagieuse?
État?	Escrofula?	Mère lépreuse?	Lepra anaesthesica?	Voisinage d'eau courante	Connaissez-vous de cas authentique de contagion?
Age?	Impaludismo?	Oncles lépreux?	Lepra mixta?	Genre d'alimentation?	Croyez-vous la maladie héréditaire?
Age à l'époqce de la manifestation de la maladie?	Nevropathias?	Aïeux lépreux?	Forma maculosa?	L'usage habituel de poisson salé où viande de porc?	Connaissez-vous quelque cas de guérison?
Naturalité?	D'autres maladies?	Frères sains?	Forma lazarina?	Vie misérable?	Quelle traitement employé?
Filiation?		Frères lépreux?	Forma mutilante?	Vie?	Quel traitement croyez-vous profitable?
Résidence à l'époque de la manifestation de la maladie?		Fils indemnes?	Quelle espèce ou forme mitrale?	Vie riche?	La lèpre augmente elle ou diminue-t-elle dans la région où vous demeurez?
Vaccine?		Fils lépreux?	Quel temps la maladie s'est maintenue dans l'espèce ou forme initiale?	Le malade a-til eu de relations fréquentes avec de lépreux?	Quel le est la cause probable de l'augmentation?
		C onjoints lépreu?	Y a-til eu des prodromes?	Cause occasionelle de la maladie au dire du malade?	Y a-til eu des léproseries dans la région?
		D'autres (proches) parents lépreux?	Quelle a été la première manifestation de la maladie?	Cause occasionelle de la maladie — Déclaration du médecin?	Y a-til des vestiges où documents qui se rapportent aux léproseries?
		Maladies des parents?		Conditions de la localité?	Quels travaux portugais connaissez vous sur la lèpre, en outre ceux qui sont indiqués?
		Y avait il un fils atteint avant les parents?			

Date Signature Titre

richeraient certainement la thérapeutique de la maladie de précieux résultats.

La notion de l'hérédité démontrée, il est naturel de défendre le mariage des lépreux, et rendre difficile celui de leurs descendants.

Cette dernière mesure est déjà etablie à l'égard du mariage entre parents.

Pour rendre profitables toutes ces mesures il est absolument nécessaire de faire pénétrer dans l'esprit du peuple les notions de l'hérédité et de la contagion de la lèpre. L'histoire du Moyen-Age, et l'extirpation de la lèpre dans les régions où l'horreur à l'égard des lépreux se maintient très vif, démontrent la grande valeur de ce fait.

Sans cela toutes les mesures coërcitives échoueront contre les idées fatalistes que la plupart du peuple professe, en attribuant à un châtiment du ciel où aux jeux du sort les maux que l'assaillent.

J'ai donc l'honneur de soumettre aux voix de la Conférence les mesures suivantes:

I. Organiser dans toutes les écoles de médecine l'enseignement régulier de la dermatologie, en conséquent une partie du temps à l'étude soigneuse de la lèpre.

II. Créer en chaque pays une inspection médicale, chargée de faire le cens de la population lépreuse.

III. Etablir des colonies agricoles de lépreux, en fondant près de chaque colonie des services où tous les moyens de combattre la maladie seront essayés.

IV. Défendre le mariage des lépreux et rendre difficile celui de leurs descendants par des mesures analogues à celles établies pour les mariages consanguins.

V. Vulgariser parmi le peuple les notions de l'hérédité et de la contagion de la lèpre.

Notes sur la lèpre en Espagne.

Par

Gémy et **Raynaud** (d'Alger).

Les Annales le Dermatologie de 1888 ont reproduit un rapport du Dr. Zuriaga dans lequel ce médecin signalait la présence d'un certain nombre de lépreux dans les villages de la province de Valence (Espagne). Le Docteur Zuriaga racontait qu' un lépreux etait venu s'établir dans un de ces villages; quelques années après, un de ses compagnons de travail, puis un second, qui logeaient chez lui, avaient été atteints du mal. Ceux-ci à leur tour avaient répandu l'affection dans les hameaux des environs. Des mesures d'isolement et de prophylaxie avaient enrayé l'épidémie dans certains centres, mais il existait encore un grand danger qu'il fallait conjurer.

Nous connaissions depuis longtemps déjà ce foyer lépreux, bieñ avant les publications de Zuriaga, par les faits qui nous étaient rapportés par les lépreux espagnols soignés à Alger. — Des 1884 à la Clinique Dermatologique paraissait un Espagnol, originaire de la province d'Alicante, qui nous apprenait qu'il avait été en relation avec les lépreux dans son village, et que presque dans tous les hameaux ou villes des provinces de Valence et d'Alicante on pouvait rencontrer de ces malades très reconnaissables. — Depuis nous avons pu observer plus de 20 lépreux, provenant de ces localités infectées, et le fait était devenu si connu à la clinique, que lorsqu'un individu, atteint de troubles cutanés suspects, déclarait qu'il était né à Alicante ou Valence, on recherchait les stigmates de la lèpre.

Plusieurs de nos confrères d'Alger, et un médecin de Valence nous ont fourni des renseignements sur la lèpre de cette région. — Les lépreux sont très nombreux dans beaucoup de ces villages, où l'on compte quelquefois jusqu'à une dizaine de familles présentant des cas de cette affection. — Bien que considérés en général comme contagieux, ces malades ne vivent guère isolés; ils travaillent aux champs comme les autres villageois, s'occupent surtout à garder les troupeaux, et habitent souvent sous le même toit avec des hommes sains. — Ils trouvent à se marier, et n'inspirent qu'assez rarement de horreur. — La vie de ces gens là est assez dure; travaillant beaucoup, se nourrissant mal, méconnaissant absolument l'hygiène et

tous les soins de propreté, ils répandent la maladie dans les meilleures conditions.

Ceux que nous voyons à Alger mènent la même existence qu'ils menaient en Espagne. Souvent dans une salle de 3 à 4 m de côté, qui sert à la fois de cuisine, de salle à manger et de dortoir, vivent et couchent 5 et 6 personnes d'une même famille. — Les ustensiles de ménage, les draps, le linge tout est en commun, et s'il y a des lésions ulcéreuses sur l'un de ces malades, il porte sûrement la contagion à ceux de ses voisins les plus prédisposés. — De plus l'homme, quand il n'a plus de travail chez lui, quitte son domicile pour aller s'occuper plus loin, il mange et couche avec un compagnon, partageant sa table et son lit, sans nul soin d'une infection possible.

Cependant lorsque le lépreux a des tubercules trop saillants sur la face, et qu'il a des lèsions étendues, il est évité et tenu à distance hors des villages. — A Olleria s'est constituée une sorte de léproserie où sont rélegués les malades de cette nature, mais ainsi que le faisait remarquer récemment le journal „El Pueblo", les municipalités ne s'inquiètent nullement du danger sanitaire qui les menace.

La Revue scientifique du 2. octobre 97, reproduisant l'article du „Pueblo" cite comme envahis les localités suivants:

Valence, Cruz, Cubierta, Cabagual, Aleiro, Carcagenta, Pueblo, Largno, Villanuevo, Alberique, Algemesi, Alcudire, Catarraja, Paterna, Liria, Benidorm, Alemblas, Grandia, Simat, Benifoyo, Tarbenas, Olion, Lauri, Enguera, Olleria.

Nous sommes à même d'affirmer que d'autres points des ces mêmes provinces sont infectées; c'est ainsi que nous avons relevé dans nos observations d'Alger les localités suivantes, où nos malades avaient connu des cas de lèpre; et dans plusieurs de ces localités ils nous déclaraient qu'ils en connaissaient 2, 3, 5 et plus:

Undara, Teulades, Alfaez, Beni-Tachel, Benislé, Vagra, Denia, Agathe, Campellio, Chichona, pour la province d'Alicante et Mourla, Pedregues pour celle de Valence. — De plus Aguilar dans la province de Murcie.

En estimant à environ 200 le nombre des lépreux qui se trouvent dans la région comprise entre Valence et Alicante nous croyons rester encore au dessous de la réalité.

Valence n'est pas le seul point du territoire espagnol où règne la lèpre. — Le Dr. Glorget dans sa thèse cite le cas d'une femme ayant contracté l'affection à Sarragose, et l'ayant transmise à Algérie à sa petite fille. — Il est probable que d'autres foyers doivent exister; et la chose est d'autant plus admissible que le Portugal qui touche à l'Espagne a aussi un grand nombre des lépreux.

Un point que nous tenons à bien établir, et qui a son importance, étant donnés les faits cités par Mr. Zambaco, c'est qu'aucun des lépreux espagnols que nous connaissons n'est d'origine juive. — Ce sont des chrétiens.

Sont-ce les juifs qui leur ont apporté la lèpre, sont-ce les Maures? C'est une question difficile à juger.

Toujours est-il qu'au Maroc la lèpre est très répandue, aussi bien chez les Espagnols nombreux qui y résident, qui s'y sont mêlés aux

indigènes, que chez les Musulmans. — Et là, elle a pris des extensions pour qu'il s'y soit créé des léproseries, et celles-ci sont reglées aussi rigoureusement qu'au moyen âge.

Cette augmentation des cas de lèpre en Espagne, l'extension que prend cette affection au Maroc, pays qui est en relation constante avec l'Espagne, la création récente d'un foyer de lèpre espagnole aux ports d'Alger, doivent donner à rèfléchir.

Il y a un péril très grand qu'il faut conjurer au plus tôt. — Dans une autre note, et dans un mémoire détaillé nous indiquons les mesures qu'il conviendrait de prendre pour éviter l'invasion en Algérie. — Il est regrettable que le gouvernement espagnol n'ait pas envoyè de délegué à la Conférence pour y discuter les règles prophylactiques à appliquer.

Rapport sur la lèpre en France et dans ses Colonies[1]).

Par

M. E. Jeanselme (Paris).

A l'époque de la Renaissance, la lèpre était encore très répandue en Bretagne, dans les provinces du sud-ouest de la France et sur le littoral méditerranéen. La description si vivante et si précise que nous a laissé Ambroise Paré, montre bien que la maladie n'était pas alors en voie d'extinction. Cependant, au XVII. siècle, la lèpre rétrocède rapidement et le 24 Août 1693, un arrêté royal transforme les maladreries, Maisons-Dieu, etc. . . ., en établissements généraux hospitaliers.

La lèpre, ainsi rayée de la liste des maladies reconnues officiellement, continua à végéter obscurément, et, à l'heure actuelle, il existe encore quelques vestiges de cette maladie en France.

La Bretagne et les départements qui bordent la Méditerrannée sont les seules régions où elle a gardé quelque importance.

A vrai dire, il n'existe pas, sur la côte bretonne, de foyers à proprement parler. Çà et là sont disséminés quelques cas solitaires et en fort petit nombre. C'est surtout à Brest et dans ses environs, qu'on a signalé de véritables cas de lèpre autochtone. Du reste, dans presque tous les grands ports de mer français, à Bordeaux, à Marseille, à Nice et à Toulon, on peut observer quelques rares lépreux.

Sur la côte ligurienne, il existe encore plusieurs petits foyers. En 1807 et 1808, Valentin affirme que la lèpre est endémique à Vitrolles, de temps immémorial[2]). Il avait observé 6 cas, dont 3 affec-

1) Le regretté Dr. Feulard avait été chargé primitivement de rédiger ce rapport. Lorsqu'il succomba, victime de son dévouement et de son abnégation, il n'avait pas encore eu le temps d'entreprendre ce travail. Mais il possédait quelques notes manuscrites qui m'ont été remises, et que j'ai utilisées pour la rédaction de ce mémoire, notamment une très remarquable étude sur la lèpre à la Guyane française, par M. le Dr. Lafaurie, médecin de la léproserie de l'Acarouany.

Je prie M. l'Inspecteur général du service de santé, MM. les Drs. Boinet, Fontaine, Lafaurie, Moriez et Pain, d'agréer mes remerciements pour les documents qu'ils m'ont fournis.

2) Au XVI. siècle, les armées qui assiégèrent Marseille étaient suivies de lépreux, qui furent parqués à Vitrolles et dans les environs, aux alentours de l'étang de Berre.

taient la forme „sqameuse et écailleuse“, c'est-à-dire tropho-neurotique, et les 3 autres la forme tuberculeuse. L'un de ces derniers a été reproduit par Alibert, dans son Atlas des maladies de la peau. Valentin fit une troisième enquête en 1820, et constata que ce foyer était éteint; un seul lépreux guéri survivait depuis douze ans. Fodéré et Valentin avaient aussi observé quelque cas d'éléphantiasis, autrement dit de lèpre tuberculeuse, dans les communes qui environnent l'étang de Berre; mais il ne restait plus trace de ce petit foyer en 1820.

Enfin, à l'époque où Valentin observait, il y avait quelques lépreux dans la vallée de l'Huveaune, M. Boinet a fait, à plusieurs reprises et tout récemment encore, sur ma demande, une enquête sérieuse sur la lèpre dans toute cette région. Il a recherché les descendants des familles dont Valentin avait donné les noms. Il a retrouvé les vestiges d'une douzaine de ces familles, et il a examiné avec soin ces individus de souche lépreuse. „Aucun n'est actuellement entaché de la lèpre“; et ce qui est d'importance capitale pour résoudre une question que j'aborderai dans la suite: „Aucun n'est atteint de mal de Morvan, d'aïnhum ou de syringomyélie.“ Dans les autres villages qui entourent l'étang de Berre, l'enquête de M. Boinet est restée également infructueuse, et il n'a pas constaté de formes larvées.

Il y a une quarantaine d'années, avant l'annexion du comté de Nice à la France, le gouvernement sarde ému des progrès menaçants que la lèpre faisait dans la région de Riviera, ouvrit à San Remo une léproserie qui fut inaugurée par Charles-Albert en 1856. On y réunit, de gré ou de force, une centaine de lépreux, provenant surtout de Nice, de Menton, d'Eze, de la Turbie, de Roquebrune et de ses environs. Cette mesure n'a pas fait disparaître complètement la lèpre de cette région. En 1888, MM. Chantemesse et Moriez ont fait connaître quatre petites épidémies locales qui avaient fait une vingtaine de victimes. Les villages contaminés étaient Laghet, Tourette, Eze et Saint-Laurent-d'Eze. Il existe aussi des foyers à Peille, à la Trinité-Victor et à Contes. J'ai vu récemment à l'hôpital Saint-Louis une lépreuse originaire de cette dernière localité; sa mère avait succombé à la lèpre. Tous les petits villages que je viens de mentionner sont situées, soit dans la vallée du Paillon (qui se jette dans la Méditerranée, à Nice, où il y a quelques lépreux), soit dans son voisinage immédiat. Il faut également remarquer que toutes ces bourgades sont éloignées des grandes voies de communication et qu'elles sont situées à une certaine altitude (Contes à 260 mètres, Eze à 400, la Turbie à 486, Peille à 630). Telles sont probablement les raisons pour lesquelles ces petits foyers n'ont pas gagné les stations hivernales qui semblent être complètement indemnes.

Pour expliquer cette persistance de la lèpre sur le sol français, deux hypothèses ont été émises: les uns admettent, avec M. Zambaco, la reviviscence d'anciens foyers mal éteints; les autres inclinent à croire que tous les cas de lèpre observés de nos jours sont importés et d'origine exotique. Cette dernière opinion cadre bien avec la répartition topographique de la lèpre qui ne s'écarte guère du littoral. Pourtant il me semble impossible d'être fixé rigoureusement sur la

valeur de ces deux opinions et je crois que l'une et l'autre contiennent une part de vérité.

Je prends quelques exemples. A Paris, circulent environ 160 à 200 lépreux. A l'hôpital Saint-Louis, il y en a toujours un certain nombre, et depuis quelques années, j'ai pu y étudier une quarantaine de cas. Tous ces malades ont contracté la lèpre dans des pays notoirement lépreux, et aucun ne l'a propagé en France. Il s'agit donc ici d'une agglomération artificielle plutôt que de la création d'un foyer. Le même raisonnement est applicable aux cas observés dans nos grands centres maritimes, tels que Brest, Bordeaux, Marseille et Toulon. Ainsi M. Boinet, dans l'espace de six ans, a vu trois cas de lèpre à Marseille, aucun n'était autochthone; l'un de ces malades avait habité Buenos-Ayres, les deux autres San-Remo ou ses environs. Je crois que le fait suivant doit être rapproché des précédents, quant à son origine. Il y a quelques années, M. Prouff a signalé l'existence de la lèpre sur un habitant de Morlaix (Finistère) et sur son neveu. Ce qui plaide en faveur de l'origine exotique, c'est que l'un de ces deux hommes avait fait la campagne de Crimée; or, cette région de la Russie contient un certain nombre de lépreux.

Mais voici un cas d'une interprétation plus délicate. M. Corson a eu l'occasion d'observer récemment la lèpre sur un Breton des environs de Guingamp (Côtes-du Nord). Cet homme qui est né à Pédernec, localité située à quelques lieues de la mer, n'a jamais navigué. Voilà donc un cas de lèpre autochthone indéniable. Ce malade, qui est actuellement hospitalisé dans l'un des services de Saint Louis, est couvert d'une éruption tuberculeuse floride et la recherche du bacille de Hansen a donné un résultat positif. La distance entre Pédernec et la côte de Paimpol n'étant que de quelques lieues, et tous les petits ports, dans ces parages, armant pour la pêche en Islande, j'avais pensé que ce cas de lèpre était peut-être d'importation étrangère, car il y a encore des foyers très actifs de cette maladie en Islande. Mais l'enquête que j'ai faite sur le littoral, depuis Saint-Brieuc jusqu'à Paimpol, ne m'a pas permis de vérifier cette opinion. Je dois ajouter, en faveur de l'hypothèse inverse, que M. Corson a vu dans la même région deux femmes qui lui paraissent atteintes de lèpre tuberculeuse, mais il ne peut l'affirmer, car il n'a pas recherché l'état de la sensibilité. L'une d'elles habitait Pabu, à 4 kilomètres de Guingamp, l'autre est née à Louargat, dans le canton de Belle-Isle-en-Terre.

En ce qui concerne les foyers de la vallée du Paillon, il est permis d'être plus affirmatif. La théorie de la survivance de la lèpre trouve ici son application.

Dans tout ce qui précède, je n'ai eu égard qu'aux cas de lèpre qui ne laissent aucune prise au doute. Ces cas, je le répète, sont en très petit nombre. Mais un peu partout, et particulièrement en Bretagne, on peut observer des affections qui présentent avec la lèpre, une grande similitude. Leloir les avait déjà signalées avec insistance en 1884 et 1885, et il avait émis l'hypothèse de la survivance possible de la lèpre du moyen âge dans la Flandre et dans l'Artois. Cette séduisante théorie a été reprise et défendue très brillamment par

M. Zambaco-Pacha, dans deux mémoires lus à l'Académie de médecine, l'un sur la lèpre en Bretagne (1892), et l'autre sur la lèpre dans le Midi de la France (1893). Les communications de ce savant léprologiste eurent un grand retentissement. Si ses vues se vérifiaient, la syringomyélie, le mal de Morvan, la sclérodermie et la maladie de Raynaud, considérées jusqu'ici, à tort, comme des affections autonomes, devaient faire retour à la lèpre dont elles n'étaient que des formes frustes et dégénérées.

Bien que les maladies incriminées présentent avec la lèpre de telles analogies objectives que des cliniciens consommés ont été induits en erreur, les différences, aux points de vue anatomique et bactériologique, sont telles que je ne puis souscrire aux conclusions de M. Zambaco. Je ne fais des réserves que pour la maladie ou plutôt le syndrome de Morvan. Celui-ci, dans ce qu'il a d'essentiel, c'est-à-dire les panaris successifs suivis de nécrose, peut être réalisé aussi bien par la lèpre que pour la syringomyélie. Cependant, après avoir visité la région comprise entre Saint-Brieuc et Saint-Pol-de-Léon, je suis en mesure d'affirmer que les cas de Morvan examinés par moi ressortissaient à la syringomyélie. Sur deux malades, il me fut impossible d'établir un diagnostic ferme.

En résumé, en s'en tenant aux cas de lèpre avérés, la maladie n'a aucune tendance à l'extension. Il est hors de toute contestation que, par le simple séjour en France, les lépreux d'origine exotiques bénéficient de rémissions durables et parfois même de trêves qui équivalent presque à la guérison. Très rarement les tubercules s'ulcèrent, la rhinite lépreuse s'améliore généralement. Peut-être cette sédation remarquable de tous les symptômes, cet avortement des poussées éruptives qui réduit au minimum la diffusion du bacille de Hansen, sont-ils, avec le bien-être et l'hygiène publique, fruits de la civilisation, les causes principales de la rétrocession de la lèpre en France. Un fait qu'on ne saurait trop mettre en évidence, c'est l'absence, ou tout au moins l'excessive rareté de la contamination, malgré le grand nombre de lépreux que déversent, en France, nos colonies qui sont toutes infestées de lèpre.

Je dis toutes, et cette assertion ne risque pas d'être contredite.

En Algérie, d'après MM. Gémy et Raynaud, la lèpre, assez rare parmi les indigènes musulmans et israélites, est assez fréquente chez les immigrants espagnols originaires des provinces de Valence et d'Alicante où la lèpre est endémique. D'après ces auteurs, il y aurait à Alger une quarantaine de lépreux. Il existe en outre, dans l'intérieur de l'Algérie, un autre foyer, tout à fait distinct du précédent, occupant les vallées de l'Atlas et de Biskra. Tous les lépreux de ces régions sont réunis dans quelques villages.

La Tunisie, le Sénégal, la côte de Guinée, le Congo français, sont contaminés; mais les documents précis font défaut.

A l'île de la Réunion, l'effectif de la léproserie, d'après M. Brassac, oscille entre 70 et 100 malades. A Madagascar, la

lèpre a pris, dit-on, une extension inquiétante depuis que les lois excluant les lépreux de la société sont tombées en désuétude.

La lèpre est très répandue au Cambodge, en Annam et en Cochinchine. Aux portes de Saïgon, à Tinghé, il y a une léproserie qui contient 200 à 250 malades. Au Tonkin, d'après M. Boinet, la lèpre est rare dans la zone montagneuse et peu habitée. Elle est, au contraire, commune dans le Delta du fleuve Rouge. Aussi plusieurs léproseries, correspondant aux leper-villages de la Chine, sont-elles installées aux environs de quelques grands centres populeux. La léproserie la plus curieuse est le village des lépreux d'Hanoï. Situé environ à deux kilomètres de la capitale, ce village est construit dans un basfond; il est accolé à une haute digue et il est isolé par des mares et des haies de bambous impénétrables. Sa population s'élève à 400 habitants, dont la moitié à peu près est atteinte de la lèpre. Il existe une autre léproserie plus petite dans la ville même d'Hanoï, et de nombreux mendiants lépreux parcourent les rues de la capitale. La forme nerveuse, surtout la variété mutilante, paraît être de beaucoup la plus fréquente, d'après la statistique de M. Boinet. Il y a beaucoup de lépreux sur le territoire de Pondichéry. Une trentaine tout au plus sont hospitalisés à la léproserie de Samiacytopou.

En Nouvelle-Calédonie, la lèpre s'est propagée avec une rapidité incroyable. C'est surtout l'insurrection de 1878 qui a contribué à disséminer la maladie. Les tribus de la côte ouest furent détruites, et dispersèrent partout la lèpre. Grall, chargé d'examiner 1.600 Canaques, en trouva 260 entachés de lèpre et 80 suspects. En 1886, d'après Grall, le nombre des Européens atteints par la contagion était de 6; trois ans plus tard, il était de 40, et l'auteur estime que ce chiffre est au-dessous de la vérité. Il y a environ 4.000 Canaques atteints de la lèpre en Nouvelle-Calédonie. Les léproseries sont au nombre de 3 : le pic des Monts, les îles des Chèvres et le cap Bocage.

A l'île des Pins, la lèpre a été importée par les Canaques faits prisonniers pendant la révolte de 1878, et elle a même gagné les tribus autochtones. Aux îles Loyalti, notamment à l'île Lifou et à l'île de Maré, la lèpre existe également depuis peu de temps.

La lèpre fait des ravages énormes à Taïti. Les lépreux de cet archipel sont internés à la léproserie des îles Marquises, qui contient environ 400 lépreux.

La lèpre est très répandue aux Antilles françaises, à la Martinique et à la Guadeloupe. Et pourtant, d'après M. Brassac, le nombre des lépreux internés à l'île de la Désirade, qui sert de léproserie à ces deux colonies, ne dépasse pas 100.

La Guyane française est littéralement décimée par la lèpre. „Elle se propage avec une telle rapidité, dit Laure, qu'un dixième de la population est infecté". Le fléau fut probablement apporté par les vaisseaux négriers, qui déversaient à la Guyane un grand nombre de noirs capturés sur la côte d'Afrique. Il n'y a pas d'exemple de lèpre, dit M. Lafaurie, chez les Peaux-Rouges. M. Pain estime que le nombre des lépreux à Cayenne est de 100 à 120; c'est la forme tuberculeuse qui prédomine et elle marche avec une déconcer-

tante rapidité. Il y a environ 200 à 250 lépreux connus dans la Guyane, sur une population de 23.000 habitants. La léproserie, autrefois située aux Iles-du-Salut, a été transférée, en 1833, à l'Acarouany, distante de 30 kilomètres environ du bourg de Mana, par voie fluviale, et de 200 kilomètres de Cayenne, par mer. Cette léproserie ne contient actuellement que 13 malades.

Depuis 1836, une série de décisions ont été prises par l'administration à l'effet de rechercher les lépreux disséminés dans la colonie. Un décret du 24 août 1840 décide que „la lèpre, vulgairement appelée à la Guyane Mal rouge, donne lieu à la séquestration de toute personne libre qui en est atteinte". Un nouveau décret, abrogeant le précédent, a été promulgué en 1891, parmi les dispositions les plus importantes, je relève celles-ci : . . . „Seront admis à la léproserie, située à l'Acarouany, toutes les personnes malades de la lèpre qui en feront la demande. Y seront envoyées d'office . . . toutes celles qui, étant reconnues atteintes de la lèpre, n'auraient aucun moyen de se soigner Les personnes de condition aisée qui voudront se soigner à domicile et à leurs frais, devront s'isoler à une distance de 2 kilomètres au moins de Cayenne et de 1 kilomètre des bourgs[1])". Malheureusement, ces prescriptions fort sages n'ont jamais été appliquées, et elles ne pourraient l'être que si la colonie possédait de vastes locaux bien aménagés, où les lépreux recevraient les soins qu'exige leur état. Comme M. Pain, je pense que, „pour arrêter la marche envahissante de la maladie, il faudrait multiplier les léproseries, mais les établir dans des conditions de confort qui enlève aux malades l'idée d'une séquestration. J'ai visité, ajoute-t-il, la léproserie de la Trinidad, et elle m'a fait l'impression d'un village habité par des gens aises. Pourquoi nos léproseries ne seraient-elles pas ainsi?"

Ces considérations sont applicables à toutes les colonies. Pour enrayer l'extension toujours croissante de la lèpre, la mesure prophylactique par excellence, c'est l'isolement des lépreux, mais celui-ci doit toujours être pratiqué, comme le conseille A. Paré, „le plus doucement et amiablement qu'il sera possible, ayant mémoire qu'ils sont semblabes à nous. . . [2])"

1) En 1893 a été promulgué en Nouvelle-Calédonie, un décret à peu près identique à celui de la Guyane. Ce sont les deux seules colonies où une réglementation d'ensemble a été établie.

2) Le Service de santé des colonies se propose de demander à l'Académie de médecine et au Comité consultatif d'hygiène de France, leur avis sur l'opportunité d'inscrire la lèpre au nom des maladies soumises à la déclaration obligatoire.

Leprosy in the British empire.

By

Phineas S. Abraham (London).

Introduction.

At the request of the Honourable President and Secretary of this International Conference, I have undertaken the task of laying before the assembled delegates a general survey of the present position of the leprosy question in the British Empire.

I must first of all express my thanks at the honour which has been thereby conferred upon me; and in the second place I must express my regret that I have not been able, partly through the pressure of other avocations, to fulfil the task in as complete and satisfactory a manner as I could have wished.

My efforts in collecting facts, however, have been ably seconded by numerous correspondents, to whom my thanks are due, as well as by the Government Authorities in London — particularly at the India Office, the Local Government Board, and the Colonial Office — where everything bearing upon the subject has been freely placed at my disposal.

The question is one of very great importance to England and her Dependencies; for, as we shall see, not only do lepers form a numerous class in India and in several of the Colonies, but they are occasionally met with even in Great Britain and Ireland.

We must bear in mind, moreover, that the prevalent feeling among the public with regard to leprosy is one of loathing and disgust; and, although the fear of its spreading from the healthy may be exaggerated by the ignorant, no Government, even in the interests of the lepers themselves, can safely remain quiescent, and allow things to drift, when the disease has become as endemic as it has in many parts of the British Empire.

I propose to treat, first, of leprosy in Great Britain and Ireland, and shall venture to form an approximate estimate of the number of cases which have recently come under notice; secondly, of the disease in India and the Colonies; and thirdly, I shall put forward a few considerations on the subject in general, and shall show that the various

Governments in India and the Colonies have not been altogether indifferent in the matter.

Finally, I shall append the various Acts and Laws, in reference to leprosy and lepers, which have been passed by these Governments in late years.

Leprosy in England.

The Cases which have come under my own personal observation during the last ten years, irrespective of those which I have seen exhibited by other medical men at Hospitals, Medical Societies, etc., are as follows:

Case I. Nodular leprosy, male, aged (in 1888) 18. Father English, mother a white West Indian. Came to Blackfriars Hospital in 1887.

He was born in London, but taken as an infant to Trinidad. He had been six years affected. He subsequently went to Germany, then returned to England, and died at the London Hospital.

Case II. Nodular leprosy, female, aged (in 1887) 29; Irish, but taken to India when 4 years old. Returned to England in 1878, and three years afterwards the symptoms appeared. This was one of the first patients subjected to the tuberculin treatment (Journ. of Leprosy II. p. 110, where the case is more fully reported). The disease made steady progress, and she died, blind and in a miserable condition, in 1894.

She was the mother of 5 children, two being born after she became affected. It is interesting to observe that no trace of the disease has occurred in the family.

Case III. Neural leprosy, male, aged (in 1889) 64, English, was formerly a sailor in the Mediterranean and Baltic, but left the sea over 40 years ago, and had never since been out of England. He stated that no symptoms had appeared „until 6 years ago."

This case was at the time under the care of Dr. Larder at the Whitechapel Infirmary, and was, with Case IV., exhibited by me at the Epidemiological Society in May 1889, and subsequently alluded to by H. R. H. the Prince of Wales.

He had been a patient at St. Bartholomew's Hospital from January to March 1886, and while there he stated that his illnes was only of „4 years duration". The man is still living, and has lately been an inmate of the Shoreditch Infirmary, under the care of Dr. Forbes. It appears that he has again recently stated that he has been only affected about 6 years!

Case IV. Nodular leprosy — male, aged (in 1887) 17. Born in Barbados, of English parentage. Came to England when 8 years old, and between 3 and 4 years afterwards the first symptoms were noticed.

He was also an inmate of the Whitechapel Infirmary, where he subsequently died. Through the kindness of Dr. Larder I was present at the P. M. examination, and had the opportunity of obtaining

much material for microscopical work. Practically nearly every tissue of his body was teeming with bacilli.

Both these patients were described in „Leprosy — A Record of some Facts and Figures", and subsequently, again by Dr. Larder, and also by Dr. Thin in his work on Leprosy.

Case V. Nodular leprosy, male, aged (in 1890) 45, an English Officer. Came to me in May 1890, with a general brown discolouration, only a few patches being left of the original complexion. His hands and fingers were swollen, the skin rough and parchment-like, with a great tendency to crack. There was a nodule about three-quarters of an inch in diameter on the left forearm: Sections of this exhibited typical bacilli in abundance. The sensation was nowhere much affected. The eyebrows and cheeks were puffy and discoloured. The nasal mucous membrane thickened, with obstruction in breathing. The general health otherwise perfect. As far as he was aware he had never been in contact with anyone affected with the disease. He had rarely eaten fish, and never imperfectly cooked. His affection had commenced in India in 1883, with a small brown spot on the inner side of the right elbow. Another spot shortly afterwards appeared on the left side. There was no premonitory fever or any sickness. He had been 12 years in India, always in good health. No interference with sexual functions. Lived as ordinarily with his wife and family.

Under treatment, chiefly with Chaulmoogra oil, internally and externally, he improved very much. Insisted upon going back to the East to take up an important post. Improvement continued, and I subsequently heard that his skin affection was perfectly cured.

Afterwards he was attacked by dysentery, was ordered home, and died on the way. Surgeon Major Baker had the patient under treatment before his final departure from India, and has since informed me that he was not aware that the patient had ever had leprosy.

Case VI. Neural leprosy. A West Indian boy, now aged 12, slightly coloured.

Came under care in April 1891, having just arrived from British Guiana. There were several slightly raised, reddish, shiny patches and spots, in some parts desquamating, on the face, arms, legs and body. There was a large patch on the chest whitish in the centre with a pigmented margin. The external ear was large, swollen and red. The thumb and index finger of the left hand were affected, showing loss of power and thickening of the skin. No definite anaesthesia could be made out. He was injected with Koch's tuberculin upon eight occasions, and subsequently was treated with Chaulmoogra oil.

In September of that year it was noticed that many of the spots had entirely disappeared, and the swelling of the larger patches had gone down. The right ear seemed normal, and power had returned in the left hand.

In the following year he was shewn at the Medical Society of London, with the maculae and other lesions practically gone, and he remained comparatively free from all symptoms until the winter of 1895, when a dusky, erythematous eruption appeared on the face in some of the old positions, and in new parts. There had been no

fever, but recently great lassitude. Thyroid gland was then administered, but the erythema was increased, and fever ensued. From time to time since then exacerbations have taken place.

On the 24th of April, 1897, 4 c. c. of an antileprous serum were injected in the right buttock, but without local or general symptoms. In two days, time 5 c. c. were administered — also without effect — and the boy shortly after left the Hospital. When last seen, a fortnight ago, new discoloured patches and thickenings of the skin had appeared, and the third and fourth digits of the left hand were becoming flexed. One of the raised patches from the thigh, which had been excised shortly after his arrival, showed giant cells: sections were also taken from the skin elsewhere, but in no instance could bacilli then be found.

According to the history, no symptoms had appeared in this boy until a few months before he came to England, but there was a recollection of his having cut his hand while playing with some Negro children some years before.

Case VII. Nodular leprosy, a male. Aged 33.

Was born at Aldershot, of English parents. Taken to India when six weeks old, and lived there for eleven years. Returned to England in 1874. Had never had any sickness in India. Since 1874 had lived in Reading. He married when aged 21, in 1885, and a few months after this event he noticed dark red and brown spots about the body, his face subsequently swelling and becoming much puffed up. The eruption was believed to be syphilitic, and was rigorously treated with mercury.

During his residence at Reading he had never been in contact with anybody or anything coming from India.

It will be seen that there was an interval of eleven years between his arrival in England and the first manifestations of the disease.

Since his marriage he has had four children, all very healthy, like his young wife. There was no change in the sexual functions, cohabitation being still maintained. He did not eat much fish, which he rather disliked. He has derived more benefit from thyroid tabloids than from anything, but tuberculin injections at one time seemed to do him good. When he came under my observation in 1891 through the kindness of Dr. Phillipsconn, the thickening and tuberosities on the face and ears were very marked. The skin of the hands and feet had become thickened, scaly, and with a tendency to ulceration. The fingers of the left hand were flexed, with some loss of sensation, and the ulnar nerve was thickened above the elbow. The mucous membrane of the mouth and throat were much affected and the breathing became so laboured, that tracheotomy was performed by my colleague, Mr. Bidwell at the West London Hospital.

He wore the tube several years, and unfortunately contracted influenza last year, with bronchitis. His tube became occluded, and he was found dead one morning.

The larynx, which was excised, exhibits extreme thickening of the mucous membrane, with practical obliteration of the lumen.

Case VIII. Nodular leprosy, male. Aged 20.

Scottish and german parentage. He was sent to me by the late Dr. Beaven Rake, from Trinidad in October 1893. He had been affected with the disease for some years, and was then a very marked example of the nodular variety. At Trinidad he had been for some time vigorously treated with mercury, in the belief that it was a case of syphilis.

He subsequently went back to the West Indies, and I hear that he is still living and that his disease has steadily progressed.

Case IX. Nodular leprosy, female. Aged 21.

She was born in France, of English parents, and taken to Ceylon as an infant; left India when 7 years old, in 1884, and since then lived in England. In 1890, that is six years after her arrival, she had what was thought to be acute rheumatism, in the course of which spots and erythematous blotches appeared.

An eminent dermatologist in London, under whose treatment she was, considered that it was a case of erythema nodosum. Nodules and large patches of discolouration from time to time appeared.

Until the attack in 1890, I am assured that she was a pretty, fair little girl, and that she had never had a spot on her skin, or any illness whatever. The mother believes that the child was poisoned, as an infant, by an Ayah with whom there had been some disagreement.

Pigmented discolouration had become very general, when seen in 1895, and numerous tuberosities had appeared particularly on the face and arms. A troublesome feature in this case was hysteria und sexual perversion. Considerable improvement took place in her condition while under care.

In November of last year she was injected on two occasions with one cubiccentimetre of Dr. Carrasquilla's serum. The second caused her so much pain that she would allow no further experiment to be made. These injections had no effect in stopping the disease, for within a fortnight several new tuberosities appeared. Her mental condition also became worse.

Case X. Nodular leprosy, male. Now aged 22, a West Indian.

Came under my care in April 1896, being a well marked and advanced case of nodular leprosy. There were extensive nodular thickenings over the face and ears with much ulceration and crusting, pigmented patches and nodules about the limbs and body, and anaesthesia and atrophy of the left leg and foot. Typical bacilli were found in profusion.

In 1886 it was noticed that he was slightly lame, caused, he thought, by a bruise on the heel. The lameness continued, and he was taken to New York, where he was treated by electricity, without effect, for supposed infantile paralysis.

In 1892 he had an attack of fever, and, on recovery from this, he came to England, where he was seen by an Orthopaedic surgeon, who agreed with the diagnosis of infantile paralysis, and performed an operation to remedy the advancing contraction and loss of power of the leg, also without benefit. In the same year, some brown spots were noted on the thigh. The spots were seen by several medical men in England, and taken at different times for „dirt“, syphilis, etc.

In 1894, he had two attacks of supposed influenza, and at the end of the year some small lumps were noticed on the left arm.

In 1895, he is said to have had „chicken pox", which left some marks on his face. During his residence in England his nose had been becoming large and thickened.

There was no history of the disease in his family. In his childhood he had been in a house where there was a leper. It appears that his case was only correctly diagnosed towards the end of 1895. Practically no treatment had been, up to this time, adopted, and the ulceration and scabbing of the face was most repulsive and distressing to the patient as well as to his friends.

Pure phenol was then freely applied to the pustular spots, and an ointment containing chaulmoogra oil and europhen recommended to be extensively and generally rubbed in, and magnesia gynocardate and a little arsenic, iron and strichnia given internally. He greatly improved during the next few months in personal appearance, general health and spirits, and freely allowed material to be taken from his tuberosities for the purpose of inoculating a horse and attempting the preparation of an anti-leprous serum. In November 1896, however, severe fever came on, his cervical glands became swollen, and numerous fresh nodules appeared on his face.

He was himself subsequently submitted to the serum treatment, with the result recorded elsewhere in a joint contribution by Dr. Herman and myself.

Case XI. Nodular leprosy. A man. Coloured. From the West Indies. Aged 24.

Had been in England during the last 2 years. His skin was much pigmented and mottled over the body and limbs, and there was some thickening and swelling of the skin of the hands and feet, and ulceration of the nasal mucous membrane, in which bacilli were abundantly demonstrated. A nodule existed on the back, and there were indications of nodular thickenings on the face and nose. He was in a feverish and languid condition when first seen. The first symptoms he had noticed were in the nose and throat, with stuffiness and difficulty of breathing, and change in his singing voice. Then swelling and roughness of the hands and feet came on, and some alteration in the sensation, and patches of discolouration on various parts of the body and limbs.

This patient has received a large number of injections of the new anti-leprous serum, and his case is fully refered to in the joint paper on the subject by Dr. Herman and myself.

Case XII. Male, aged about 45. Born in South Africa, of European parentage, an early case in the macular stage.

A few patches of discolouration, with altered sensation, had appeared, principally on the extremities, a few months before I saw him, and there was some erythematous swelling of the face. He had experienced various nervous symptoms, neuralgic pains, etc., before the spots appeared. He believed he had come in contact abroad with cases of the disease.

Case XIII. Nodular leprosy. Male, aged about 50, father an

Englishman, mother Burmese, lived in Burma until recently, affected for 14 years. Now exhibits extensive nodular thickenings on the face and much pigmentation.

This man was kindly brought to me by Surgeon-Major O. Baker, under whose care he has been for some time in Rangoon and in London.

Case XIV. Nodular leprosy. Female. Aged 18. Slightly coloured.

Came to England from St. Vincent in 1891. Some spots had already appeared on arms, hands and face. Numbness then appeared in the left foot, and the left eyelid became swollen. There are now extensive tuberous swellings in face, ears, hands, feet, etc., with much ulceration. The digits of all extremities are much contracted, with loss of sensation. The tongue is ulcerated, the larynx became evidently badly affected, and the sight is lost in the left eye.

Before I saw her, the patient had been under the Mattei treatment for the past two or three years. The disease had naturally steadily progressed, and the patient is now a terrible object.

In order to ascertain approximately, at any rate, the number of cases now, or within recent years, under other medical notice in Great Britain and Ireland, a Circular asking for information has been addressed by me to the Authorities of a large number (216) of Hospitals and Infirmaries throughout the Country, and application for information has also been made to nearly every English, Scotch and Irish Dermatologist, and to many other medical men who might be considered likely to have met with cases.

Returns have been, so far, received from 107 Institutions[1]).

1) In London.

St. Bartholomew's Hospital.
Guy's Hospital.
The London Hospital.
St. Thomas' Hospital.
Charing Cross Hospital.
King's College Hospital.
Westminster Hospital.
St. Mary's Hospital.
The Royal Free Hospital.
The West London Hospital.
The Cancer Hospital.
National Hospital for Paralysis.
West End Hospital for Nervous Diseases.
Blackfriars Hospital for Diseases of the Skin.
The Seamen's Hospital, Greenwich.
Regent's Park Hosp. for Paralysis.

In the Provinces.

Bristol Royal Infirmary.
Addenbroke's Hospital, Cambridge.
General Infirmnry, Leeds.
Royal Infirmary, Manchester.
General Hospital, Manchester.
Nrthn. Hospital for Incurables, Manchester.
Oldham Infirmary, Manchester.
Warrington Infirmary.
Leicester Infirmary.
Boston Hospital.
Grimsby Hospital.
Lincoln County Hospital.
Norfolk and Norwich Hospital.
Northampton Infirmary.
Radcliffe Infirmary, Oxford.
Salop Infirmary.
Burton Infirmary.
North Stafford Infirmary.
Staffordshire General Infirmary.
West Bromwich Hospital.
Wolverhampton General Hospital.
Royal Surrey County Hospital.
Sussex County Hospital.
Birmingham General Hospital.
Birmingham Skin & Lock Hospital.
Kidderminster Infirmary.
Worcester General Infirmary.
Beckett Hospital, Yorkshire.

I take this opportunity of expressing my thanks to the Authorities of the above Institutions, and to those Medical Colleagues, who have so courteously supplied the information sought, and thus materially aided in the enquiry.

As regards the Institutions from which no replies have been received, it may, I think, be taken that no cases of leprosy have been therein with few exceptions, knowingly treated.

Of the whole number of Hospitals and Infirmaries enumerated above, lepers have been under observation, according to the replies, only in ten, viz:

At St. Bartholomew's Hospital, Guy's Hospital, the London Hospital, Charing Cross Hospital, Westminster Hospital, King's College Hospital, the West London Hospital, Blackfriars Hospital for Diseases of the Skin, Regents Park Hospital for Paralysis, and the Dorset County Hospital, and the Royal Infirmary, Liverpool.

Dr. J. H. Briant, Medical Registrar at Guy's Hospital, has kindly furnished notes of 3 cases at that Hospital, since 1888:

Bradford Infirmary.
Doncaster General Infirmary.
Liverpool Cancer & Skin Hospital.
Liverpool Royal Southern Hospital.
Halifax General Infirmary.
Huddersfield Infirmary.
Ilkley Hospital.
Scarborough Hospital.
York County Hospital.
Royal Infirmary, New-castle-on Tyne.
Sheffield General Infirmary.
Bedford General Infirmary.
Chester General Infirmary.
Stockport Infirmary.
Cumberland Infirmary.
Derbyshire Royal Infirmary.
Royal Albert Hospital. Devonport.
Devon & Exeter Hospital.
South Devon & East Cornwall Hospital.
Torbay Hospital.
Dorset County Hospital.
Durham County Hospital.
Seaham Harbour Infirmary.
Sunderland Infirmary.
Cheltenham General Hospital.
Gloucester General Infirmary.
Royal Portsmouth Hospital.
Royal South Hants Infirmary, Southampton.
Royal Hants County Hospital.
Hereford General Infirmary.
Kent & Canterbury Hospital.
Gravesend Hospital.
North Lonsdale Hospital.
Blackburn Infirmary.
Victoria Hospital, Burnley.
Lancaster Infirmary.
Liverpool Dispensaries.
Essex & Colchester Hospital.

In Scotland.

The Royal Infirmary, Edinburg.
Edinburgh City Hospital.
Chalmer's Hospital, Edinburgh.
Longmore Hospital for Incurables, Edinburgh.
Dumfries Royal Infirmary.
Dundee Royal Infirmary.
Montrose Royal Infirmary.
Glasgow Victoria Infirmary.
Glasgow Western Infirmary.
Dr. Gray's Hospital, Elgin.
Balfour Hospital, Orkney.
Perth Royal Infirmary.
Greenock Infirmary.
Paisley Infirmary.
Paisley Parish Hospital.

In Ireland.

Lisburn Home for Incurables.
County Antrim Infirmary.
Tralee Infirmary.
Limerick Infirmary.
Waterford Lepre Hospital & City Infirmary.
Donegal Infirmary.
Queenstown General Hospital.
Sir Patrick Dunn's Hospital, Dublin.
City of Dublin Hospital.
Adelaide Hospital, Dublin.

I. R. S., mixed leprosy, male, aged 22, Irish, was for the first 6 years of his life in India, but the disease appeared when 14 at Chelsea, first on the buttocks and forehead as a pemphigus-like eruption. The fingers became destroyed, and there was difficulty in respiration, for which tracheotomy was performed. The bacilli were found. This case was recorded in the „Lancet", Oct. 1888 (see below) and the Pathology described by Dr. Washbourne.

II. S. M., anaesthetic, female. aged 58, German, 15 years affected. Had been in India for 17 years, leaving in 1871; the disease first appeared while living in Germany in 1881. While in India she attended several cases of leprosy. She has been an inmate at several Hospitals, and was under the tuberculin treatment at King's College. She is now at the Greenwich Union Infirmary (see below).

III. E. P., anaesthetic., male, aged 35, French (?), twelve years affected in British Guiana where his aunt and brother were also affected. He used to sleep in the same bed with his brother.

Dr. James H. Sequeira (med. Registrar) has obliged me with the notes of 3 cases which have been in the London Hospital since 1887.

I. 1887. T. D. m. aet. 19 under Mr. Waren Tay, on old and severe case. The disease was contracted in India. Died in the Hospital.

II. 1891. A. C. f. aet. 3. Under Mr. Waren Tay. (This is case II in my own list.)

III. 1893. F. H. m. aet. 23. Under Mr. Treves. (This is case I in my list.)

Dr. Calvert, Medical Registrar of St. Bartholomews', has been good enough to send me the Hospital notes of two cases:

1, E. S. An Englishman, aged 45,, admitted under Dr. Andrew in 1885, he went to India in 1862 and returned in 1869. Had syphilis in 1873. About 2 years before admission he suffered from anorexia nausea and pyrosis, and the hands and feet became dry and did not perspire, with loss of hair, and aching pains in the extremities. Tuberosities then appeared, and he developed into a mixed case of leprosy.

2. E. Y. Englishman, a butcher, then aged 62, admitted under Dr. Church in 1886. He stated that his illmes commenced 4 years previously. This in case 111 referred to my own list and on several other occasions below.

The only case lately recorded at Charing Cross Hospital, of which notes have been kindly furnished by Dr. Hardcastle, Medical Registrar, is that of the man from Barbados, who subsequently came under my care, and had the serum injections (See No. XI).

But one case also has been within the last ten years in the wards of the Westminster Hospital, and this was under my own care there in 1881, and reported in the Westminster Hospital Reports for that year (See above, case VI).

Dr. Lush has reported one case from the Dorset County Hospital — see below.

Dr. E. A. Smith, Medical Registrar at the Royal Infirmary,

Liverpool, has sent notes of a case which was admitted in 1890; — a man aged 25, Father English, mother Eurasian, born in India. Eighteen mouths previously, intermittent pain cramps and loss of power appeared in the right arm, subsequently a pateh of anaesthesia on the ulnar side of the wrist. The ulnar nerve above, the inner condyle was thickened, and there was also a small tumor in the course of the internal cutaneous. This was excised by Mr. Mitchell Banks, and bacilli were demonstrated. In 1895, the patient seemed quite well with the ulnar nerve normal, and sensation was complete except over the little finger.

One case also has been admitted within recent years at King's College Hospital, viz: the German nurse, who is now at Greenwich. While in this Hospital she was treated with tuberculin, by Mr. Watson Cheyne. She had also been an inmate at Guy's (see above):

Dr. Cagney, Physician to, the Regent's Park Hospital for Epilepsy and Paralysis, informs me that a girl from the West Indies was admitted under Dr. Althaus a few years ago: Her disease appeared to be of the neural type, and had not long existed, she was at one time a patient at St. Mary's Hospital.

Four cases have been under observation at the Blackfriars Hospital for Diseases of the skin since 1887 — viz nos: I, VI, IX and XI in my list above; and two cases at the West London Hospital, viz nos VII and XI.

I may add, that it has also come to my knowledge, from other sources, that there have been within the last ten years, several other cases at St. George's Hospital, University College, and at St. Mary's.

Dr. Percival Davidson informs me that he heard of a case in the Workhouse Hospital, at South Shields, three years ago; and Dr. Fuller, of The Local Gov. Board, has also referred this case.

Mr. W. Johnson Smith remembers one case of leprosy at the Seamen's Hospital, many years ago, but no case within the last ten years.

Mr. Dale James has never heard of a case in Sheffield, but many years ago he came across a case — a foreign sailor in Cornwall.

Dr. V. Rutherford has only seen one case in Newcastle-on-Tyne, which seemed to be leprosy in an early stage, in an old seafaring man.

Sir Richard Thorne, K. C. B., Dr. Downes, Dr. Fuller, and other Officials of the Local Government Board have most kindly interested themselves in the matter, and have allowed me free access to their papers and reports.

In response to a circular issued by Dr. Downes to the Metropolitan Poor Law Infirmaries, negative replies have been received from twenty one institutions, and records of cases of leprosy from five, viz:

1. Hackney Union Infirmary:
 J. L., female, aged 63, a Russian Pole.
 Nodular leprosy. Duration of disease not known.
 Affected before arrival in England.
2. Shoreditch Infirmary:
 E. Y., male, aged 72, English.

An anaesthetic case. Duration of disease doubtful.
Probably acquired in the Baltic. Has not been out of London for over forty-six years. Has been in several Hospitals and Infirmaries, and referred to above (case 111).

3. Lewisham Infirmary:
E. N., female, aged 68, English.
An anaesthetic case. Affected for three years.
Where acquired not stated. „She averred that she had not been out of England, but was reticent about her push history, being apparently afraid that steps would be taken for her transference."

4. Greenwich Union Infirmary:
S. M., female, aged 61, German.
Affected eighteen years. Variety of disease mixed. Acquired in India, where she lived twenty-six years. Has been in Guy's Hospital, The London, and King's College.

5. Whitechapel Infirmary:
1. E. Y. (this is the case twice referred to above case 111 in my list and as having been lately in the Shoreditch Infirmary).
2. H. S., male, 19 at death, duration of disease 13 years; of English parents born at Barbados (See case IV in my list).

In September 1896, the case of the lad, who was admitted into the Dorset County Hospital with leprosy, came under the notice of the Local Government Board. The hospital authorities were unable to keep the boy; and the District Council requested advice as to what should be done with him.

The matter had become known in the County, and the inhabitants of the neighbourhood were much alarmed.

Dr. Lush, under whose care he was, published the case subsequently, and he has given me the following particulars and accompanying photograph.

„T. S., aged 8, of English parentage. He was born, and had resided at Singapore.

The disease was noticed five months previous to his admission to the hospital, that is, about eight months after his arrival in England.

It is a well-marked case of tuberculated leprosy."

Mr. A. Clarke, Sub-Librarian of the Royal Medical and Chirurgical Society, has carefully searched for me the columns of the various medical papers published in Great Britain and Ireland, as well as the transactions of the Medical Societies, and has found references to thirty-three cases, as having been shewn or described from the year 1887 to 1897.

Several of these patients are identical with some of those alluded to above, and two of them were shewn on more than one occasion or at different societies, and are placed in the list more than once.

The remaining twenty-one cases are as follows:

In May 1887, Mr. Malcolm Morris exhibited at the Harveian Society.

A male, who was born, and lived many years in India.
Diseased seven years.

In 1889, Dr. Wyndham Cottle alluded to a case which had been under his observation at Blackfriars Hospital since 1879. He was born in London, but had lived for 24 years in Jamaica. He had been taking full doses of chaulmoogra oil, and had become apparently cured (B. M. J. 1889, 11, 12).

In 1889, Dr. O'Carroll recorded a case under his care, at the Richmond Hospital, Dublin.

J. M. male, aged 57, Irish. Diseased seventeen years.
He had resided in Hong Kong and India.

In 1889, Dr. R. B. Selby reported a case of anaesthetic leprosy. M. B., female, aged 70, Scottish. Diseased about twenty-one years. Had lived in Demarara.

In 1889, Dr. Crocker described four cases:

J. F., male, 13, Scottish, born in West Indies, 7 years affected.
J. H., male, 13, English, born at Pulo Pelang, 9 years affected.
J. N., male, 22, English, born in Bombay, 8 years affected.
H. S., male, English, born at Barbadoes, 8 years affected.
This last in probably Mr. Larder's case referred to in my list, as case IV.

In 1889, Dr. Cavafy described a case. W. R., male, aged 24, English, born on the Coromandel Coast, Nine years affected. Had been living in the Madras Presidency.

The Pathology of this case was worked out by Dr. Delepine and Dr. Slater. (Trans. Path. Soc. 1890. — 1.)

In 1889. Dr. A. Wallis described a case in Essex.

H. O., male, aged 51, English. Five years diseased.
Had lived seven years at Cape Town (from 1857 to 1864).

In 1890, Mr. Alexander, of Liverpool, described the case of an emigrant, whose presence in that town had created some commotion.

C. L., female, aged 46, Swedish. Six years affected.

In 1891, a case was alluded to as occurring in Ulster.

E., male, English, born in Rangoon.
This is probably the patient who was under the care of Dr. Mackenzie, at Lisburn, Co. Antrim. (See below.)

In 1893, Mr. Hutchinson showed a case at the Medical Society of London, whose condition was steadily improving.

The disease had been acquired abroad.

In 1893, Dr. A. D. Heath, of Birmingham, described the case of a male, aged 56, English. Five years affected. Had lived in Bombay.

In 1895, Mr. Malcolm Morris exhibited at the British Medical Association's Meeting, in London, two cases.

One a male, born in India. Eight years diseased.
The other, also a male, aged 49. Nine years affected.
Had been in Australia as well as in India.

In 1896, Dr. Sibley showed, at the Harveian Society; a boy, aged 16, of English parentage, born in India.

He had been two years affected with neural symptoms.

In 1896, Dr. E. S. Reynolds described a case which was in the Manchester Royal Infirmary.

G. L., male, aged 52, English. Had been in China and India. Five years diseased.

In 1896, Dr. Crocker alluded to two cases.

A male, aged 37, English. Two and a half years diseased. Had lived for ten years in the Zambesi District, South Africa.

And a female, aged 36, also English. Four years affected.

During this year, a case in Dublin has been alluded to in the „Lancet" (Feb. 27. 1897. p. 629) as having been diagnosed in Dublin by competent authorities.

And Dr. Crocker described another.

A. E., male, aged 62, English. Affected about one year.

Had been all over the world.

At the Meetings of the Dermatological Society of Great Britain und Ireland, from 1894 to 1897, seven cases of leprosy have been exhibited: five by myself, and two by Dr. Crocker. These are all included in the above enumeration.

At one of the Meetings, Dr. Brooke alluded to a case of his at Manchester.

During the same period the Dermatological Society of London has, I believe, had before it four or five cases.

It is probable that these also are, with the exception of Dr. Brooke's case, included in the above list.

At the International Congress of Dermatology held in London in 1896, Mr. Jonathan Hutchinson showed his apparently cured case of Leprosy; Dr. Dockrell exhibited a man, aged 37, who had lived in British Guiana — an advanced case of 10 years duration; and Dr. Crocker, two cases which had improved under hypodermic injections of mercury. The two last are referred to above.

Cases in Scotland.

With reference to leprosy in Scotland, Dr. Allan Jamieson has been good enough to send me the following interesting account of a case. He writes under date Sept. 9. 1897.

„So far as I can learn no case of leprosy has been in the Royal Infirmary here during the last ten years. One case has come under my observation in private.

A young Lady, 17. born in Ceylon, and apparently a half caste, came to consult me on the 2nd February 1894. All the history I could ascertain was that a white mark appeared on her neck when she was thirteen. There were then some patches of leucoderma on the neck. She had lived at Galle where there are cases of leprosy. She had lived much on fish. There were dark brownish rings with paler centres on the arms, but as her skin was dark these were not very markedly conspicuous. Tested for sensation some were found to

be anaesthetic in the centre. There were also brown raised lines or bands on the arms. There were likewise brown raised nodules on the margins of the ears, the forehead and cheeks. One of the nodules on the ear was incised, and serum expressed. On staining, a few bacilli corresponding in appearance and in reaction to stains with those of leprosy were found. They were not in clumps but isolated. She remained under my care for five months. Some of the nodules grew somewhat smaller, some new ones shewed themselves. One day she had quite alarming haemoptysis, and for a time was in a critical condition. But she eventually recovered so far as to be able to return to Ceylon, where she died of phthisis in less than a year. One interesting circumstance may further be mentioned. While she was in Edinburgh smallpox broke out, awd being alarmed she asked me to vaccinate her. This I did with calf lymph. The vesicles formed well, and on the eighth day I removed from them as much lymph as possible, and sealed it in tubes. Some of this was stained at once for the leprosy bacilli, but none were found. Two tubes were placed in an incubator in the Laboratory of the Royal College of Physicians here, kept there for two months, then opened and the contents stained, but no bacilli were found."

Professor Mc Call Anderson, of Glasgow, has kindly informed me that alltough formerly he comes in contact with a good many cases of Leprosy, he has not had one under his own care in the last 10 years.

I am informed by Dr. A. J. Whiting that there was a case of leprosy, under Sir T. Grainger Stewart's care, in the Edinburgh Royal Infirmary, during the winter of 1896—1897.

Dr. C. B. Ker, Medical Superintendent of the City Hospital, Edinburgh, has, moreover, referred to me a case recently treated by Dr. Atkinson, at the Royal Infirmary, Glasgow.

I have been unable, however, to obtain particulars of these cases.

In 1888, a case, male, was alluded to in the British Medical Journal as occuring at Fettes College, Edinburgh. This young man was a Foundation Scholar, and sued the College unsuccessfully in 1888 for being dismissed. Shortly after his admission to the College in 1884, he was found to be suffering from leprosy; but in 1887 eczema broke out among the boys, and he had to go.

No mention was made of where he contracted the disease.

Sir Henry Littlejohn, Principal Medical Inspector of the Local Govermment Board in Scotland, informs me that no case of Leprosy has come under his official Notice.

Cases in Ireland.

Since the celebrated cases of Dr. Hawtrey Benson, very few patients with leprosy have cropped up in Ireland.

Dr. H. S. Purdon has written to me that the only case he has come across was a man, aged about 30, who was born of Irish parents, in Madras, and sent home when about 10 or 12 years of

age, the disease having commenced. This case was under treatment at the Belfast Hospital for Diseases of the Skin.

He has also referred to the Lisburn case, which became blind, and was under treatment at the Ulster Eye Hospital, Belfast. He was afterwards an inmate of the Lisburn Union Workhouse, under the care of Dr. Mackenzie, who has kindly written to me about it. The man was the son of a soldier, and was born in India. The disease had lasted with him for twenty years; and he only died two years ago.

The Local Government Board of Ireland was communicated with in connection with this case, its existence having caused a great scare in the district. He was subsequently kept in a small house provided by the Guardians, and, although blind, attempted to escape.

The only other recent cases in Ireland that I have heard of are Dr. O. Carroll's, (referred to above) and the case, which was mentioned recently, in the „Lancet". On reference to the latter, I learn that he was a male. aged 19, who had recently returned from India where he was born and had lived. I believe that I have recently seen this boy at the St. Louis Hospital, Paris.

Dr. Stafford of the Irish Local Government Board, informs me that only two cases, have come under the notice of that body, viy. The Lisburn case, and the one last mentioned.

Dr. Walter Smith, Dr. Wallace Beatty, and Sir George Duffey of Dublin inform me that no cases have recently come under their notice.

Leprosy in the British navy and army.

In 1889, Sir James N. Dick K. C. B., the Director General of the Medical Department of the Navy, informed me that „not a single case of leprosy among the officiers or men of the Navy could be traced in the Office"; and, at the same date, the late Sir Thomas Crawford K. C. B., Director General of the Army Medical Department could discover but little evidence of the disease among the British Troops. Only one case, indeed, had come to light, viz: in a soldier born in Madras, whose father was an Irishman, and mother a native.

Sir James Dick has also upon the present occasion, kindly investigated the matter, and he has been able to state again that no case of leprosy has ever occured in the Navy.

The present Director General of the Army Medical Department has also been good enough to have the records of the Service again examined, and it appears „that during the past 10 years, only one case of leprosy has been reported to have occurred amongst British Troops and Non-European Troops (exclusive of Native Troops in India). This case appears in the Annual Report for the Madras Command for the year 1890". It is probably the one referred to above.

One of my own cases (No. V) however, was an Officier in the

Army, and information has also been given to me of another sad case in which an Army Medical Officier had become affected.

Carefully collating the above cases and excluding, as far as possible, those which have been referred to a second time, I may say that the total number of cases, of which I have been able to find records, amounts to about 56.

I have reason to believe that a few other cases have been under the observation of medical men, who, for various reasons, have been unable to furnish notes of their cases: but this number cannot be a very large one, and may safely be put down to certainly not more than Twenty. We may allow a further margin of, say Twenty, for unrecognised cases; and, adding these all up, it will be seen that we may fairly estimate the number of cases of leprosy occurring during the last Ten years in Great Britain and Ireland at not more than 96, or certainly under 100.

From time to time supposed cases have been reported. In the Journal of the Leprosy Investigation Committee", in 1891, I referred to some Six such cases which had come under my notice. Two of psoriasis, One of epithelioma, One pigmented sarcoma, One hypertrophy of the skin, and One chronic eczema.

Since then I have heard of several such spurious cases, and quite recently a gentleman informed me that there had been cases of leprosy at a town in Sussex. Two of the leading doctors of that town, to whom I wrote, have, however, informed me that the patients were simply suffering from severe psoriasis.

I have also heard of a case of pellagra, which is now in one of the London Infirmaries, and was at first believed to be leprosy.

A few weeks ago a young woman was brought to me as an „undoubted case of commencing leprosy". She had been attending a real case from May to October last year in a Nursing Home, and believed that she had caught the disease. I discovered that she was of an extremely nervous and hysterical temperament, but could find no evidence whatever of leprosy, only a considerable amount of acne about the chest and back, with the old scars resulting from those lesions, and patches of seborrhoeic eczema elsewhere.

If cases of leprosy were numerous in Great Britain and Ireland, one would expect to find some reference to deaths from the disease in the Registrar General's Reports; but although, as we have seen, there are always a certain number of cases in the country, it is very rare that a death is put down to leprosy.

It seems that unusual causes of death are always noted at Somerset House, but I could find only one death from leprosy recorded — that of a man, aged 25, as happening in London in 1889.

About 8 years ago (March 1889), an attempt was made by the „British Medical Journal" to, in some way, estimate the number of cases of leprosy which had, up to then, come to light in Great Britain and Ireland; and a large number of authorities were written to for information. Dr. Pye-Smith could refer to 6 cases which had been seen at Guy's Hospital since 1862; Dr. Crocker had at the time 2 cases under his care; and Mr. Malcolm Morris 1; Dr. Ma-

pother believed that he had seen 2 cases in Dublin since 1872; Dr. Thin had seen 3 cases; Dr. Mc Call Anderson 3 at Glasgow; Dr. Jamieson 1; and Dr. Gairdner 1. Dr. Colcott Fox reported that 20 cases had been exhibited at the Dermatological Society between the years 1882 and 1889; and that he himself had seen 6 cases in private, and 3 in Hospital practice.

Although the estimate which I myself have now (September 1897) ventured to make is apparently larger, it will be seen that my field of enquiry has been at the same time greater; and I think we may again safely endorse the opinion expressed by the British Medical Journal in 1888, viz: that „there is no reason to believe that we have more lepers amongst us now than at any previous time for many years.“

Indeed, M. Jonathan Hutchinson, who perhaps sees more „rare“ diseases of the kind than any other authority in London, informs me that in his experience cases of leprosy are fewer now than formerly.

Leprosy in India and the Colonies.

In 1889 in the paper on leprosy which I had the honour of reading before the Epidemiological Society of London 1889, I avowed that the question whether leprosy is really increasing in our Colonies and dependences is one by no means easy to answer definitely. The medical reports of those countries or islands where the disease is endemic, and particularly where leper asylums have been established, have, as a rule, but not always, some reference to the disease, but the facts and data are usually quite insufficient for arriving at any sound conclusion on the point. I am sorry to say that these words are also to some extent applicable on the present occasion; and from the data at hand it is still quite impossible in some of the colonies to form a very accurate judgment as to the extent of the disease.

India.

As everyone interested in the subject in aware, the Leprosy Question in India has been discussed in a most able and searching manner by the Commissioners who were sent to that Country in 1890, under the auspices of the „National Leprosy Fund“, and by their colleagues appointed by the Government of India. For many years previously the matter had been under the anxious consideration of the Government; but, in consequence of the intrinsic difficulties of the Question, and the varying opinions of the highest Medical Authorities, but comparatively little had been attempted in the way of legislation, or of the systematic management of lepers. The number of the latter had been no doubt grossly exaggerated, but still it was well known that there were not less than 100,000 of these unfortunate people throughout India, of whom probably not 2 per cent were under proper care. Comprehensive legislation was under the consideration of the Governor General in Council, before the Commission commenced their labours;

but the Government wisely postponed action until the Commissioners' Report was before them. There had indeed been several previous Acts in India — so far back as 1866 — empowering the arrest without warrant of lepers found begging or exposing their sores, but there was nothing to authorize definitely the detention of lepers.

In Bombay, however, it was found that under a Local Act (VI. of 1867) the Consulting Officer of Health for the City had the power to detain in a Sanitarium, until they were fit to go about, persons suffering from a dangerous disease or „an infectious disease dangerous to life", who had been brought there by the police. On the strength of this, the Local Government ultimately took steps to enforce the law and apply it to lepers, and in 1890, by the help of a munuficent donation from Sir Dinshaw Petit and through the energy of Mr. H. A. Ackworth of the Municipal Council, an efficient Leper Asylum — the Matoonga Hospital — was established near Bombay, with accommodation for about 300 inmates. One of the results has been to free the City of Bombay from the beggars who used to extort alms by the exhibition of their sores about the Public Buildings, schools, water-tanks, etc.

The Government of Bengal, shortly after, passed a Bill — „The Lepers Act, 1894" — for the segregation of pauper lepers, and the prohibition from certain callings of those lepers who are not paupers. The regulations under this Act are now being enforced as far as possible.

It appears that the Burmese and other Local Governments in India were then desirous of having the provisions of the Bengal Act extended to their Provinces, and last year, as it was considered by the Government of India more desirable to frame a general measure, rather than a separate Act for each Province, the „Lepers Act 1896" was introduced and ordered to be published in the Gazette. (See Appendix A.)

In several parts of the Indian Empire, indeed, an endeavour is being made to carry out the suggestions of the Leprosy Commissioners as far as practicable; viz: the voluntary isolation of lepers; the prohibition of lepers from following occupations connected with food, drink, clothing, etc.; the enactment of municipal Byelaws preventing vagrant lepers from begging in or frequenting places of public resort, or using public conveyances; the enlargement of existing Asylums, and the building of others near towns where they do not already exist; the establishment of leper colonies or farms in rural districts; and the institution of Orphanages.

The strongly expressed opinion of the Leprosy Commission that „the alarm about the increase of leprosy in British India is altogether groundless", and that the data available „point strongly to a decrease in any case to the disease being at a standstill", seems to be shared by those most competent to judge. The Governor General in Council, in 1895, saw „no reason to dissent from the general conclusion of the Commissioners that leprosy does not prevail in India to such an extent as to constitute a general or universal danger."

Straits Settlements.

A Comittee was appointed on the leprosy question in Perak in 1893, and they, in their interesting report, make a number of suggestions in reference to segregation.

In addition to the native Malay lepers, concerning whom an Order in Council was passed in 1890, (see Appendix B), there is in the country a considerable number of immigrant cases chiefly Chinese. As no valid measures had been adopted to prevent their entry, and as there was great uncertainty as to their number, an Order in Council had been recently brought into force, which provided that all cases must at once register themselves and their place of residence, and any subsequent change of residence. A penalty was enacted for non-compliance with the provisions of the order, and power was given to the Government to remove from the State any leper entering or attempting to enter it after the date of its publication.

Eighty-five cases had been thus registered at the date of the Report-including those which were detained in Hospitals and Goals. In 1893, eleven cases were refused admission into the country. The Committee state that „up to the present time it has not been proved that leprosy is on the increase among our alien population."

As regards the treatment and disposal of the native Malay lepers, the establishment of a segregation settlement at the island of Pangkor Laut is strongly urged; although the Committee thinks that „there is no reason to suppose that the disease is much on the increase among the Malay population. It has existed among them in a greater or less degree for many years without apparently making any marked progress."

They recommend that the island should be reserved exclusively for the use of Malay lepers, who when once there „should be placed under no restructions, save such as are necessary to preserve law and order, and to prevent their departure from the island." „The life of the people should be assimilated, as far as possible, to that to which they had been accustomed. They should certainly not be placed in wards or lines, but should be rather encouraged to forget that they are labouring under any disease or disability, and be permitted, so far as is compatible with their safe keeping, to exercise on the island the same liberty as their fellows enjoy in the State."

In reference to healthy persons who are voluntary residents, the Committee recommend that families should be permitted to remain as united as possible within reasonable limits. The husband or wife of a leper should be permitted to accompany the leper only on the understanding that he or she is to be subject to the rules of the establishment, and not to be permitted to depart without the permission of the medical officer. Such persons, of course, must provide for themselves. Children free from the disease should not be allowed to accompany their parents, but should be left in charge of relatives or otherwise provided for by Government.

The Committee are of opinion that the efforts of the Government to stamp out the disease on these lines would be welcomed by almost all classes of the community.

South Africa.

I understand that the question of leprosy in South Africa will be adequately treated on the present occasion by the representative of that Colony, so that I need not go into the matter at length, especially as the very important and valuable report of the Cape Leprosy Commission of 1894 and 1895, which has dealt exhaustively with the question in that Colony, is probably already in the hands of the members of this Conference.

It will, of course, be remembered that the Commissioners came to the conclusion that „no methods other than segregation, complete or modified, exist by which the spread of leprosy may be effectually arrested“. They recommended also the compulsory notification of every case. They were of opinion, however, that the compulsory segregation hitherto in vogue with Robben Island as the sole place of detention, led to the concealment of many cases; and they urged that „the degree of isolation necssary in each case should be secured either in Asylums, in licensed houses, in private dwellings, or in leper villages or locations“ — to be established on the main land. Otherwise the working of the compulsory segregation act would be extremely difficult, and unnecessarily repugnant to the people.

I will only allude to the fact that a leper asylum has since been established in Emjanyana for the Native Territories. Fifty-eight inmates had been admitted up to 1895. The asylum consists of thirty huts, each large enough for four persons. Between five and six thousand acres of land are attached to the institution, fenced in, and most of it is suitable for cultivation. The report states that when the proposed buildings are completed the law against lepers can and will be strictly enforced; a large number of these people will then have to be housed and cared for. When completed, the asylum is estimated to provide accommodation for three hundred and fifty lepers, at an estimated cost of L. 6000. The lepers in the Territories awaiting admission are said to amount to three hundred and forty-four.

It appears that the expenditure of the Robben Island Leper Asylum in 1894 amounted to upwards of L. 32000, and of this L. 27335. 18. 0 was contributed by the Government. At that time there were 659 cases in confinement, 413 males and 246 females.

The number of cases on the register for the various districts in 1894 was as follows:

	Europeans.		Coloured.		Total.	
	M.	F.	M.	F.	M.	F.
Colony proper	18	3	141	106	159	109 = 268
Native territories	—	—	235	173	235	173 = 408
Total	18	3	376	393	394	232 = 676

The Acting Colonial Medical officer observes:

„It is still difficult to ascertain definitely the effect the operation of the Leprosy Repression Act is having on the spread of the disease, in asmuch as, owing to the want of sufficient systematic accommodation, it has not been possible to isolate at once every case upon its discovery; many especially in the more purely Native Districts, having to be left at large for a practically indefinite period. I think, however, from a consideration of the following figures — shewing the state of the districts of the Colony as regards lepers under observation and dealt with each year since the putting into operation of the Leprosy Repression Act, on the 17th May 1892 — we are justified in coming to the conclusion that the disease is decidedly on the decline so far as the Colony Proper is concerned. Of the Native Territories it is impossible to speak, as practically nothing has been accomplished there in the matter of systematic segregation."

No. Placed on Register in	1892 —	292
„ „ „ „ „	1893 —	203
„ „ „ „ „	1894 —	129
No. remaining in the districts in	1891 —	315
„ „ „ „ „ „	1892 —	261
„ „ „ „ „ „	1893 —	207
„ „ „ „ „ „	1894 —	119

Mauritius.

Since the Report of the „Leprosy Enquiry Commission" in 1888, but very few facts have been recorded with reference to the leprosy question in Mauritius. At that date, and for several years previously, upwards of 200 cases were being maintained at the expense of the Poor Law Commission at the St. Lazarre Asylum at Port Louis.

From the steadily diminishing number of deaths from leprosy returned during the few previous years — falling from 86 per annum in 1881 to 37 in 1889 — Dr. Lovell, the Chief Medical Officer of the Colony, seemed inclined to think that the disease was not on the increase; and the returns furnished by the Police appeared to point to the same fact. The total number certified by them as being at large in 1879 was 519, while in 1887 they reported 458. These returns were admittedly more or less defective and incomplete, but the Leprosy Commission was nevertheless of the opinion, „from a consideration of all the data before them, that the disease is not making great progress in the Colony, and that there is nothing to lead them to believe that it is increasing out of proportion to the population."

Dr. Davidson, in an annexation to the Report, states that in 1879, 762 lepers were actually known to exist, and he was of opinion that this number had slightly increased but „probably not out of proportion to the increase of the population."

A great number of the Mauritius lepers come from India.

Australia.

It is hardly necessary to go into detail with reference to Leprosy in Australia, seeing that the subject has been so recently treated in a most able and exhaustive manner by Dr. J. Ashburton Thompson, the Chief Medical Inspector to the Board of Health of New South Wales, in his work — „A Contribution to the History of Leprosy in Australia", London 1897.

From his chronological summary of all recorded cases of lepers in Australia, we learn that the total number of cases which had come to light between the years 1855 and 1894 amounted to 70 in New South Wales, 48 in Queensland, 45 in Victoria, 2 in Western Australia, and 19 in the Northern Territories. Of the South Australian cases, 33 have been white persons. The large majority of the other lepers in Australia have been Chinese and Kanakas, (Sonth Sea Islanders) while a few aboriginal cases have been noted in the North and in Queensland. The table which he gives shows a general increase of recorded cases subsequent to 1877. It shows also a further increase of recorded cases subsequent to effective legislation in New South Wales and Queensland.

He points out, however, that the apparent increase during more recent years may be due to the greater attention which has been turned to the disease, and that the data are too imperfect strongly to support any positive conclusion. He thinks „that a recent increase of leprosy on the Continent of Australia has been alleged on superficial grounds, and that probably there has been no such increase."

Dr. Thompson appears to have come to the conclusion that the maintenance of Leprosy is not by direct or indirect communicability with lepers, and that the theory of its inoculability will not hold water: according to him, „it fails for want of evidence, experimental or clinical, sufficient even to raise a presumption." He is inclined to look for the true habitat of the virus in the surroundings of man and not in the diseased body.

It is remarkable that these views should be held by the Principal Medical Officer of a Country which has enacted perhaps some of the most stringent laws extant against lepers. (See Appendix C.)

In the last Report of the Asylum at Little Bay, near Sydney, there were about 40 cases under detention.

In the Journal of the Legislative Council of Queensland for 1894, there is a Report upon 27 cases which had been segregated at the Stations at Friday Island and Stradbroke Island. They were all males; 11 being Chinamen, 6 Kanakas (South Sea Islanders), 1 Fijian, 1 Manilla, 1 Malay, 2 Cingalese, 1 Madrassee, 1 Aboriginal, 1 Queeslander and 1 Irishman. Most of them had died, only 9 remaining under treatment in 1894.

New Zealand.

Since Dr. Ginder's Report in 1890 (Journ. Lep. Invest. iii. p. 78) we have but little information in reference to leprosy in New

Zealand. Several cases had been discovered among the Maories, and Dr. Bakewell also stated that he had seen a case in a Chinaman, and two among the whites.

Fiji.

Dr. Bolton G. Corney, Chief Medical Officer, reported in 1891, 21 cases of leprosy other than aboriginal natives. Eleven were Indians, the others natives of other Islands (Solomon, Tonga, Rotuma etc.), and 2 were half-castes. No cases of leprosy had been met with in Europeans, Chinese or Samoans.

I have not been able to see Dr. Corney's Report on the native cases. In 1890 (Lep. Invest. Journ. I. p. 94) he was of opinion that there had been some increase in late years; according to the natives, this increase was due to the abolition of the practice of privately killing affected persons which was in vogue before the British rule.

Canada.

New Brunswick.

The Canada Census returns for 1891, as far as I can discover, give no reference to the number of cases of leprosy, or the number of deaths recorded for that disease. Four deaths were noted in the returns for 1881, and 5 for 1871.

The figures given by Dr. Taché, Physician to the Tracadie Lazaretto, in „Leprosy in Foreign Countries", Honolulu 1885, show that the cases in New Brunswick diminished from 36 in 1875 to 25 in 1885. Twenty-two of the latter were in the Asylum at Tracadie.

In 1889, Dr. Hermann E. Hayd gave an account in the New York Medical Record of a visit to the New Brunswick Lazaretto. The total number in the Institution and the few not confined did not then amount to more than 22.

Nova Scotia.

In a letter to Dr. Ashmead in 1896 (Journ. Amer. Med. Assoc. 1896), Dr. A. C. Smith, Superintendent of the Tracadie Asylum, writes that „leprosy exists in Nova Scotia only ln the descendants of the Highland Scotchmen who emigrated in the early part of this Century. There is no leprosy in the Acadian families and none in the Micmacs. The lepers of New Brunswick are degenerated French."

Dr. A. M. Perrin of Yarmouth, Nova Scotia, observes — „About leprosy in Nova Scotia; it is said that it exists in Cape Breton, among those who dwell up the river, and also at the Eastern end of the county of Antigonish, but I do not think that the report is authentic.

Dr. A. C. Smith, however, was able to find 3 cases at Cape Breton, and Dr. John Cameron described 6 in the District of Lake Anislie, Egypt, North East Margaree, and Little Narrows.

Dr. Ashmead's conclusions are: —

1. „That there is no leprosy among the Micmacs, and never was.

2. That in Nova Scotia leprosy exists in one Irish Family, in the Island of Cape Breton, and only among the descendants of Scotch Highlanders in other parts of the Province. The original Mac Arthy leper came from New Brunswick, date of his leprosy supposed to be 1845. It may have come from Egypt: it was, according to tradition, brought by Soldiers in 1825.

3. That in the Province of New Brunswick, leprosy was introduced by a French vessel from the Levant, in the year 1758, and the disease is there still among the „degenerated" French."

The Montreal correspondent of „the Lancet" last year, referred to a case of Leprosy in a Chinaman in that-city, the diagnosis had been made Post Mortem.

At the recent meeting of the British Medical Association in Canada, Dr. F. J. Shepherd and Dr. Boyce exhibited a patient, probably in the early stage of anaesthetic macular leprosy. As far as was known, the patient must have contracted the disease in British Columbia.

The West Indies.

Jamaica.

Dr. J. F. Donovan informs me that he has sent a paper on „Leprosy in Jamaica" to the Conference, in which he has given as close an idea of the leper population of the Island as possible. He expects that the new Lepers' Asylum Law (1896) will have some beneficial effect in checking the development of fresh cases of the disease, although that law practically deals only with vagrants. There will still, however, be „every facility for transmitting the disease from man to man" — in which theory he is a firm believer — in the case of those who are kept at home.

From the estimate made by Dr. Donovan in his Report of 1890/91, it would appear that the number of cases in the Island had decreased. At that date he estimated the leper population of the Island 450 or 1 in 1555 of the total population. The data which he will now adduce will no doubt further elucidate this point, and, it is to be hoped, show that the disease in that Colony, is, at any rate, not on the increase. I had reason to believe in 1893, that there was in Jamaica proportionately less leprosy than formerly; and, in a „Note on Vaccination and Leprosy", published in the London „Journal of State Medicine", I alluded to the circumstance that, as in Norway, the practice of vaccination had nevertheless been increasingly in vogue.

In the Annual Returns of the Public Hospital, Kingston, for the year ending March 31., 1897, it appears that one case only of leprosy was treated in that institution during the year. Dr. Donovan has also kindly sent me his last Report on the lepers' Home, which has just been printed. He states that the law of 1896 has now been in operation for a little over a year, and already its efficiency can be appeciated; the vagrant leper, for whom it was specially in-

tended, will no longer be a menace to the public health as heretofore, provided that element is dealt with as the Law directs."

Leeward Islands.

The Census Report for 1891 gives the total number of lepers at 172—88 males and 84 females; and of these 129 were under restraint. Ninety-eight of the cases were in the Island of St. Christopher (St. Kitts'), and 45 in Antigua. According to Mr. C. H. Boon however (Journ. Lep. Invest. Com. ii., p. 94) there were 120 known lepers in St. Kitts in 1890 — this being a great increase on the number 72, found by Dr. Munro in 1872. In the Asylum of Antiqua there were 29 cases in 1886, as against 34 in 1891.

The number of lepers is not given in the Census of 1881. An ordinance to establish a Leper Asylum for St. Christopher was passed in 1890 (See Appendix), and an „Act to provide for the Care and maintenance of indigent lepers and to prevent the dissemination of Leprosy" was passed in Antigua in 1896 (See Appendix).

Barbados.

There has been a laudable attempt in this Island to determine the number of lepers at the Censuses of 1871, 1881 and 1891. The numbers given are:

In 1871	inmates 86,	not inmates 10,	total 96.
In 1881	„ 78,	„ „ 30,	„ 108.
In 1801	„ 122,	„ „ 108,	„ 156.
Increase from 1881 to 1891			48.

The increase of the population in the 10 years (1881 to 1891) had been from 171,452 to 182,306, or an increase of 10,854. The ratio thus increasing from 57 per 1000 to 85 per 1000. From the greater attention recently directed to the Leprosy Question, it is of course quite possible, if not probable, that the enumeration was more accurate at the latter period. The sexes of the lepers in this island are approximately equal.

In 1889—90, 46 additional beds were added to the Lazaretto, and there were last year therein maintained 114 cases. The estimated cost of the Institution for 1887 was L. 3210. It is to be noted that in Barbadoes there are practically no Indian Emigrants.

St. Vincent.

The, 1891, Census returns give 62 lepers — 38 male and 24 females — being an increase of 5 since 1881. The number of cases in the Asylum in 1887 was 19 — 13 being males. In 1894 23 cases had been under treatment, of whom 12 males and 5 females were left at the end of the year. The Colonial surgeon, Dr. Newsam, stated in the Report for that year that „leprosy, I am glad to say, does not appear to be on the increase."

St. Lucia.

The Census of 1891 gives 32 lepers. Very few seem to have been under treatment in the Hospitals; and in the Poor Asylum, 3 cases are recorded in 1891, 2 in 1992, 1 in 1893, 1 in 1894, and none in 1895 or 1896.

At the Yaws Hospital 1 case is returned in 1891, 3 in 1893, and 4 cases in 1895. At the Castries Dispensary 1 is recorded in 1894 and 1 in 1896.

Grenada.

The Census of 1891 gives 21 cases (14 males and 7 females), giving a ratio of 4 per 1000 persons. In the Census of 1881, 3 cases only were returned. In 1887 one case was under treatment at the Colony Hospital; and in 1890, one case at the Poor Asylum. No case was recorded at either Institution until 1896, when there was one at the Hospital.

Trinidad.

In one of the late Dr. Beaven Rakes' able and valuable Reports (that for 1889), he criticises the figures given by Père Etienne (860 lepers in 1878) and by Archdeacon Wright (480 in 1889): In reply to a circular issued by the Surgeon General in 1889, it appeared, however, that there was evidence of 348 lepers in the Island, of whom 210 were in the Asylum.

The Census returns have been as follows:

	No. of Lepers.	Ratio per 1000 of population.
In 1871	102	—,93
In 1881	149	—,97
In 1891	225	1,12

Of the 225 cases reported in 1891, 37,78 per cent were natives of the Colony, and 43,56 were natives of India. These returns are no doubt inexact, for, as the Census Officer observes, the Census Ordinance made no provision for obtaining information concerning lepers outside the Leper Asylum at Cocorite, the giving or withholding of information being left optional. Only 18 cases (17 males and 1 female) were returned in the General Schedule.

What Dr. Rake wrote in 1890, is probably the truth now:

„As to the increase of leprosy in Trinidad, it is impossible to give a definite answer. If there is any truth in Père Etienne's 860 (1878), and Archdeacon Wright's 480 (1889), and if the present figure 348 represent anything near the present number of lepers here, one would be forced to conclude that the disease is on the decrease. I do not, however, think that any of these figures are sufficiently reliable to warrant any absolute conclusion.“

It may be added that we have had since then no further defi-

nite information on this subject. From the last Report of the Asylum, dated February 1897, kindly sent me by Dr. R. H. Knaggs the Medical Superintendent, 44 cases were admitted last year; 35 had died or were discharged, and 218 were remaining on the 31. December 1896. The Asylum figures have varied but comparatively little during the past few years. The cost of the Establishment last year amounted to L. 4879,18.

Dr. Knaggs has kindly informed me under date August 29. 1897, that his views are as follows:

„1. Leprosy is a contagious disease. (Tubercular more so than anaesthetic).

2. Every leper is a possible focus of contagion.

3. Ergo, the only rational line of treatment (in the absence of a radical cure for the disease) is Isolation.

Segregation if you like, and even colonization, but removal as far as possible from any commerce or dealings with the surrounding population."

British Guiana.

The Surgeon General in his Report for 1892 — 3 observes: — „As far as I am aware, there is no ground for supposing that the ratio of lepers to population is increasing in this Colony, and those who state the contrary offer no proof in support of their assertions. It seems to me that there is no necessity for any change in the policy which has been followed here, viz: that the inducing sufferers from the disease too voluntarily go to the refuge provided for them, and when there making them as comfortable as possible".

In the Report of the Mahaica Asylum in 1892, Dr. Walter S. Barnes writes: The question of the sexes is the most difficult one with which I have to deal. Any disturbances that have occurred since I took charge, and much of the dishonesty of the inmates, are directly due to this. Each time that anything is attempted in this direction, the inmates make some attempt at insurrection. Most of the absconding is also due to this. The women at Gorchum are visited regularly by the male inmates, and the women also frequent the male Asylum. For some years past marriages have frequently been celebrated by the neighhouring clergy between male and female inmates".

Nevertheless, extremely few births seem to have taken place.

In 1894 the Court of Policy of the colony approved the moving of the Female Asylum from Gorchum to Mahaica, „so that better discipline and administration can be maintained." The year 1895 — 6 was the first for 10 years in which no illegitimate birth had taken place at Gorchum.

The Census Reports (1892) give but little information in reference to the extent of leprosy in Demarara. Indeed, the only reference is to the number of cases then in the Asylum, viz: 353, 285 being males. At the end of 1896 the number was 360.

A recent paragraph in the Demarara „Argosy" (Aug. 14 th 1897) states that at Mahaica the lepers „repair to the Asylum to eat and

sleep and be clothed, but too frequently in the daytime they are to be found in the villages four or five miles from the Asylum, no matter how anxious the staff officers may be to prevent their wandering."

Of the total population of British Guiana in 1891, the East Indian element formed a percentage of 37 : 891. The coolies are known to add largely to the number of lepers.

Dr. F. Neal, the present Medical Superintendent at the Mahaica Asylum, kindly informs me (Sept. 1897) that the people generally do not consider the disease „catching", but are firmly convinced of its „hereditary nature". He has been good enough to send the following valuable notes: „As to increase or decrease.

„In 1831 there was a Return of Leprosy Negroes in the Essequebo Division of the United Colony of Demarara and Essequebo". The number of lepers returned was 431. This apparently was just previous to the union of Demarara and Essequebo with Berbice, which together form the Colony of British Guiana. From the above return it would appear that the lepers of Essequebo alone were calculated and not even the united Colony of Demarara and Essequebo.

The population of Essequebo at that period (1831) was 25,079, of 1 leper in 58,2 of the population. Allowing the number of lepers returned to represent all in the united Colony of Demarara and Essequebo, the ratio, according to the population of the united Colony, viz., 78,734 was 1 in 182,8.

„In 1864 a Commission was appointed by the then Governor to „Enquire into the existence and Progress of Leprosy in the Colony". The number returned at this time was 529. On this occasion the whole Colony was represented, and not merely a portion of it, as in the first return.

By the Census of 1861, the population was returned as 155,907, thus giving 1 leper in every 294,7 inhabitant.

In 1879 an attempt — no doubt a feeble one — was made to get the number of lepers in the Colony, and, as a result, 515 were returned. The general population had by this time been increased, since the last Commission, by rearly 100,000. So the ratio now stood 1 in every 476. This return, in all probability, was not even approximately correct. Dr. Manget, Surgeon General, was of opinion that leprosy prevailed to a greater extent than stated-viz. 525 lepers.

About this time Dr. Hillis, from a rough calculation, thought that I ia 500 of the population was a leper.

These ratios, 1 in 476 and I in 500, are without doubt below the mark — leprosy existing to a greater extent.

Lastly, in 1894, when writing some statistics of the Leper Asylum for the British Guiana Medical Annual, I gathered there were on a certain date no less than 610 lepers in the Colony. This result was derived as follows: Taking the number of lepers remaining in the asylum on Ist January 1891, viz. 355. I then carefully went over all the cases admitted from that date till 3 Ist March 1894, and found that in no less than 255 of these admissions the onset of the disease was prior to Ist January 1891, making a total of 610 lepers.

Since the receipt of your letter I have gone into the cases up

to date, and find 40 more have to be added to the total of 610, thus giving a grand total of 650, or 1 in 427,6 of the population. This is the highest calculation yet made in the Colony, and probably the one nearest the truth.

The general idea here is that there are as many lepers outside the asylum as in it, and, curiously, this calculation lends support to the belief.

Resumé of Number of lepers, and Ratio to Population:

Year.	Return of Lepers.	Population.	Ratio.	Remakrs.
1831	431	25,079	1 in 58,2	For Essequebo Division of the united Colony of Demarara u. Essequebo as archives state.
1831	431	78,734	1 in 182,8	Calculations made for united Colony of Demarara and Essequebo for sake of argument.
1864	529	155.907	1 in 294,7	
1879	525	250,000	1 in 476	Return not quite accurate.
1891	650	278,000	1 in 427,6	

Comparing the returns probably most accurate — those of 1831 and 1891. The former was not for the whole Colony as it now is, but for, as the archives state, the Essequebo Division of the united Colony of Demarara and Essequebo. The population of the Essequebo-Division at that period was 25079, and for leprosy to have continued at the same ratio to population there should have been in the Colony in 1891 over 4,800 lepers.

But allowing for the sake of argument the return included lepers in the united Colony of Demerara and Essequebo, then following the same line of calculation the number of lepers in British Guiana in 1891 should have been 1,532, or 882 more than my return. I fear the greatest supporter of the increase of leprosy in the Colony would not venture to uphold even this, let alone the enormous number of 4,800.

In 1831 slavery was still in existence, and of course slaves were under control, and no doubt looked after, if for no other reason than their market value. Shortly after emancipation took place, and the planters were forced to import labour — in 1841 Portuguese from Madeira, and later from two such leprosy centres as China and India — immigration from China is now stopped however, but whilst it continued went to increase the number of lepers in the Colony, as that from India still does.

Apart from this, a number of natives of the West Indian Islands come to this Colony annually, and undoubtedly they enlarge the number of lepers.

The following table of admissions into the asylum from 1891 to the present time shows this plainly.

Natives of	British Guiana . .	219
„	West Indian Islands .	25
„	Africa	14
„	India	389
„	China	11
„	Madeira (Portuguese) .	22
	Total	680

„If the number of admissions into the asylum may be taken as an indication of the state of leprosy in the Colony, I may say that the numbers vary annually, and of course depend on various factors. As a matter of fact, for the last eight years nothing can be gained from the admissions, beyond the fact that they are not increasing.

„Thus from these figures — and some people say figures are misleading — the history of leprosy is not one of increase, but on the contrary a proportionate diminution is shown. Certainly, there is no obvious increase, and those medical officers with whom I have spoken on the subject are of this opinion. Undoubtedly we have the disease in our midst, but to attempt without more sufficient data than beliefs and impressions to show either a decided increase or decrease is absurd, and in the absence of a most thorough and regular leper census practically impossible.

„The need for Legislation.

„This depends largely on the increase of leprosy. In British Guiana, in my opinion, we do not need more than already exists. The Government supports a large asylum of nearly 400 beds, admission to which is optional, except in the case of lepers exposing themselves — in other words, making a public nuisance of themselves when they are forced to come in.

„So far the question of Legislation cannot be settled as a whole, and must be left to individual Governments to decide the matter for themselves."

Cyprus.

Since the important Report of Dr. Heidenstam on Leprosy in Cyprus, in 1890, and Dr. Zambaco Pacha's interesting work „Voyages chèz les Lepreux", 1891, nothing of much interest has been recorded on the subject from this Island. There were then about 100 lepers known — showing a marked decrease in the preceding 10 years. The number of cases in March 1889 congregated at the Nicosia Farm was 63, and there were supposed to be at large about 30. In 1891 there were 74 cases at the Farm, and in that year a new law was passed, „to provide for the better segregation of lepers, and for regulating their management at the places set apart for them." (See Appendix.)

The number of inmates at Nicosia in March 1895, was 93; there had been 20 admissions during the year, 17 having been sent in under the law of '91.

Dr. Heidenstam observes in his Report for 1895 that „the passing of the ‚Lepers Law 1891' has had a most beneficial effect,

one of its most stringent provisions being, that the village authorities should report to headquarters any person suspected to be suffering from this terrible affection, thus bringing to notice, almost without exception, every existing leper.

Conclusion.

Considering the facts which have come to my knowledge, many of which are brought forward in this paper, I believe that I can fully support certain views which have been more than once arrived at by other observers, especially in England, in India, and in our Colonies, who are interested in the study of leprosy.

With regard to the disease in Great Britain and Ireland, we may say that:

1. A certain proportionately small number of cases are always to be met with in this country.

2. There is no reason to suppose that the number is greater at the present time than it has been at any period within recent years.

3. In all cases, since Dr. Hawtry Benson's in 1872, the patients have become affected with the disease after a longer or shorter sojourn in countries or districts where leprosy is endemic. With the possible, but very doubtful, exception of the Lewisham Infirmary case.

4. Although the British and Irish cases have never been subjected to any real isolation — indeed, in most instances they have been treated as ordinary patients, suffering from a non-contagious disorder — leprosy has, nevertheless — with the single exception referred to above — never, in recent years, spread to other persons.

5. As the disease, therefore, cannot be regarded — at least in Great Britain and Ireland — as highly contagious, or likely to be passed on to others, there is, at present at any rate, no need for repressive legislation, nor any cause for alarm at the existence of a comparatively few lepers among the people. At the present time, there is no establishment in the country where sufferers from leprosy, and other chronic and disfiguring diseases of the skin, can be cared for. I believe that in the interest of the lepers themselves such an institution or „home" is greatly needed; indeed, I have frequently been written to on the subject by the friends of indigent, as well as of other cases whose presence in a neighbourhood has caused unpleasantness. As it is, the poorer patients may be kept for a few weeks in the General Hospitals, but they have ultimately to drift into the Poor-Law Infirmaries. At least 2 cases from this kingdom have, to my knowledge, found an asylum at the St. Louis Hospital in Paris.

With reference to the leprosy question in India and the Colonies, it is abundantly evident that:

1. The various Governments interested have, in most cases, long had the subject under their anxious consideration, and that they are doing what they can to mitigate the evil.

2. The social and political conditions in the different countries are so varied, that it is manifestly out of the question that any uniform or universal system for the management of lepers will be possible. As Dr. Neal says, the question of legislation cannot be settled asa whole, but must be left to individual Governments.

Even supposing that the best authorities were satisfied that leprosy was a highly contagious disease and only to be stamped out by the strictest isolation of the existing cases, it would still be futile for the Governments of some places, at any rate, to attempt to enforce rigorous laws of absolute isolation and segregation. But with the existing differences of opinion among medical men, and as public opinion is not everywhere agreed that harsh measures are justifiable, the Governments are, in my opinion well advised in not making the attempt. Law-abiding though they be, British subjects do not tamely submit to what they may regard, rightly or wrongly, as unnecessary coercion.

Where the lepers are comparatively few, and the public in general desirous of their seclusion — as in New South Wales for instance — such measures may be to a large extent feasible; but where the lepers are numerous and their friends still more numerous and not acquiescent in their separation, it seems to me that harsh measures can only lead to the concealment of cases — as has been well exemplified, for example, in South Africa and in Hawaii.

If difficulties be raised among an ignorant peofle by the enforcement of common-sense sanitary precautions against such an acute and virulent disease as a rapidly-spreading plague, how much more difficult might it not be to insist on rigorous measures in the case of a disease of such slow and insidious progress as leprosy?

With regard to India, moreover, even if the complete isolation — in spite of the above considerations — were possible, the question of „ways and means" must come in. The segregation and maintenance of upwards of 100,000 souls is, to say the least, a large undertaking.

We must not forget that our knowledge of the etiology of leprosy is still far from complete; and although we may form theories and impressions from the imperfect data which are before us, we are not justified in dogmatically insisting upon conclusions which are practically only based upon such theories.

Appendix I.

Government of India.

A Bill to provide for the segregation of pauper lepers and the control of lepers following certain callings.

Whereas it is expedient to provide for the segregation of pauper lepers and the control of lepers following certain callings; it is hereby enacted as follows: —

Title, extent and commencement.

1. (1) This Act may be called the Lepers Act, 1896.

(2) It extends to the whole of British India; but

(3) It shall not come into force in any part thereof until the Local Government, with the previous sanction of the Governor General in Council, has, by notification in the local Gazette, declared it applicable thereto.

Definitions.

2. In this Act, unless there is anything repugnant in the subject or context, —

(1) „leper“ means any person suffering from any variety of leprosy in whom the process of ulceration has commenced; and

(2) „pauper leper“ means a leper —

a) who has in a public place solicited alms or exposed or exhibited any sores, wounds, bodily ailment or deformity with the object of exciting charity or obtaining alms, or

b) who is at large without any ostensible means of subsistence.

Appointment of leper asylums by Local Government.

3. The Local Government may, by notification in the local Gazette, appoint any place to be a leper asylum for the purposes of this Act and define the local areas from which lepers may be sent to such asylum, and may, in like manner, alter or cancel any such notification.

Appointement of Inspectors of Lepers and Superintendents of Asylums.

4. The Local Government may appoint, either by name or by virtue of his office, any Medical Officer of the Government to be an Inspector of Lepers and any person to be a Superintendent of a Leper Asylum with such establishment as may, in its opinion, be necessary, and every officer or person so appointed shall be deemed to be a public servant within the meaning of section 21 of the Indian Penal Code.

Constitution of Board.

5. The Local Government shall constitute for every leper asylum appointed under section 3 a Board consisting of not less than three members, one of whom at least shall be a Medical Officer of the Government.

Arrest of pauper lepers.

6. Within any local area which has been notified under section 3 any police-officer may arrest without a warrant any person who appears to him to be a pauper leper.

Person arrested how to be dealt with.

7. Every person arrested under the last foregoing section shall forthwith be taken before an Inspector of Lepers, who, —

a) if he finds that such person is not a leper within the meaning of section 2, shall give him a certificate in Form A set forth

in the schedule, whereupon such person shall be immediately released from arrest;

b) if he finds that such person is a leper within the meaning of section 2, shall give to the police-officer in whose custody the leper is, a certificate in Form B set forth in the schedule, whereupon the leper shall, without unnecessary delay, be taken before a Magistrate having jurisdiction under this Act.

Procedure with regard to pauper lepers.

8. When it appears to any Magistrate authorized in this behalf by the Local Government, upon the certificate in writing, in Form B set forth in the schedule, of an Inspector of Lepers, that any person is a leper, and if it further appears to the Magistrate that the person is a pauper leper, he shall, after recording such further evidence (if any) as he may think fit to require and his order thereon, send the pauper leper in charge of a police-officer, together with an order in Form C set forth in the schedule, to a leper asylum, where such leper shall be detained until discharged by order of the Board constituted for the asylum under section 5.

Practice by leper of certain occupations.

9. Whoever, being a leper, pursues within any local area which has been notified under section 3, any of the following callings or does any of the following acts, namely, —

a) practises as a medical practitioner, or works as a barber, washerman, watercarrier, baker, confectioner, tailor, draper, haberdasher or domestic servant;

b) sells any food, drink or drug intended for human consumption;

c) bathes at a public well or bathing-place or takes water from any public drinking fountain, well, hydrant, tank or reservoir; or

d) rides in any public conveyance;

shall be punishable with fine not exceeding fifty rupees:

Provided that, when any person is accused of an offence under this section, the Magistrate before whom he is accused, shall cause him to be examined by an Inspector of Lepers and shall not proceed with the case unless such Inspector furnishes a certificate, in Form B set forth in the schedule, in respect of such person.

Conviction after previous conviction.

10. Whenever any leper who has been convicted of an offence punishable under the last foregoing section, is again convicted of any offence punishable under that section, the Magistrate may, in addition to, or in lieu of, any punishment to which such leper may be liable, —

a) require him to enter into a bond, with one or more sureties, binding him to depart forthwith from the local area notified under section 3 in which he is, and not to enter that or any other local area so notified until an Inspector of Lepers shall have given him a certificate in Form A set forth in the schedule; or

b) may send him in charge of a police-officer, with an order in Form D set forth in the schedule, to a leper asylum, where such leper shall be detained until discharged by order of the Board appointed for the asylum under section 5.

Re-arrest of escaped lepers.

11. Whoever, having been sent to a leper asylum under an order of a Magistrate in Form C or Form D set forth in the schedule, escapes from, or leaves, the asylum without the permission in writing of the Superintendent thereof, may be arrested by any police-officer without a warrant, and upon arrest shall be forthwith taken back to the leper asylum.

Inspection by Board.

12. The Medical Officer and one or more other members of the Board constituted for any leper asylum under section 5 shall, once at least in every quarter, inspect the leper asylum for which such Board is constituted, and shall see and examine, as far as circumstances will permit, every leper detained therein under the provisions of this Act and the order for admission of every leper so detained since the last visit of the Board, and shall enter in a book to be kept for the purpose any remarks which they may deem proper in regard to the management and condition of the asylum and the lepers so detained.

Order of discharge by Board.

13. The Medical Officer and not less than two other members of the Board constitued for any leper asylum under section 5 may at any time, by an order in writing in Form E set forth in the schedule and signed by them, direct the discharge from the leper asylum of any leper detained therein under the provisions of this Act.

Appeals.

14. Any person other than a pauper leper in respect of whom an Inspector of Lepers has issued a certificate, in Form B set form in the schedule, declaring him to be a leper, or has refused to issue a certificate in Form A set forth in the schedule, may appeal to such officer as may be appointed by the Local Government in this behalf, and the decision of such officer shall be final.

Power of the Local Government to make rules.

14. The Local Government may, by notification in the local Gazette make rules —

a) for the guidance of all or any of the officers discharging any duty under this Act;

b) for the management of, and the maintenance of discipline in, a leper asylum; and

c) generally for carrying out the purposes of this Act;

and may, in like manner, alter or cancel any rules so made.

Appendix II.

Straits Settlements. Order in Council, Perak, 1890.

Regulation relating to Lepers:

„The Chief Police Officier of a District may, on the receipt of information that a person known or suspected to be affected with leprosy is at large within a District, apply to the Senior Magistrate of the District for an Order upon the nearest Government Medical Officier to examine such person, and, on the receipt of a written certificate from the said Medical Officier to the effect that, to the best of his knowledge and belief, the person is suffering from leprosy, he may forthwith apply to the Senior Magistrate for an Order authorising the removal of the patient to the nearest Contagious Diseases Ward or other building authorised for the reception of lepers.

A patient so removed to a Hospital or other authorised building shall remain there until discharged by the Medical Officer in charge of such hospital or building."

Appendix III.

Straits Settlements. Ordinance No. V of 1897. An Ordinance to amend the Law relating to Lepers. (1st July, 1897.)

(L. S.) C. B. H. Mitchell,
Governor and Commander-in-Chief.

Whereas it is expedient to amend the law relating to lepers:

It is hereby enacted by the Governor of the Straits Settlements with the advice and consent of the Legislative Council thereof as follows:

Short title.

1. This ordinance may be cited as „The Lepers Ordinance 1897" and shall come into force on such date as the Governor in Council may direct.

Definitions.

2. In this Ordinance —

„Leper" means any person suffering from any variety of leprosy in whom the process of ulceration has commenced.

„Qualified medical practitioner" means the holder of an European or British Indian or British Colonial degree, diploma or licence entitling him to practice medicine or surgery or the holder of a degree diploma or licence in medicine or surgery of any medical school of the United States of America the degrees, diplomas or licences whereof are for the time being recognised as registrable by the General Council of Medical Education Registration in the United Kingdom.

Prohibition of certain callings to lepers.

3. The Governor in Council may from time to time by Notification published in the Gazette prohibit the carrying on of any specified trade or calling by lepers.

Penalty.

4. (1) Any leper who shall carry on any trade or calling so prohibited as aforesaid and any person who shall knowingly employ a leper in any such trade or calling shall be liable on conviction by a Court of Two Magistrates to fine which may amount to five hundred dollars or to imprisonment which may be of either description for any period not exeeding six months or to both, and any leper so convicted may be committed to a Leper Asylum to be detained there until discharged by competent authority.

(2) Any leper who shall enter any hackney carriage jinrikisha or other public vehicle or lodge in any hotel boarding-house or lodging-house or bathe in any public bath shall be guilty of an offence and shall be liable on conviction before a Magistrate to a fine not exceeding one hundred dollars and may be committed to a Leper Asylum to be detained there until discharged by competent authority.

Asylums.

5. The Governor may establish Asylums (hereinafter called „Leper Asylums“) at such places as he may think proper for the reception and detention of lepers and may declare any place heretofore used for the treatment and segregation of lepers to be an Asylum within the meaning of this Ordinance.

Detention of vagrant lepers.

6. Whenever any person is convicted by a Magistrate of an offence punishable under section thirty-two of „The Summary Criminal Jurisdiction Ordinance 1872“ and such Magistrate is satisfied that the person so convicted is a leper, it shall be lawful for such Magistrate by warrant under his hand and seal to order the detention of such leper in a Leper Asylum until he is discharged by competent authority.

Detention of lepers becoming a burden on those bound to maintain them.

7. Whenever it shall be made to appear to a Magistrate that any person within the limits of his jurisdiction is probably a leper it shall be lawful for such Magistrate upon the application of any person legally bound to maintain the supposed leper to hold an enquiry into the case and if such Magistrate is satisfied that the supposed leper is a leper and that he has become or is likely to become a burden upon the person legally bound to maintain him it shall be lawful for such Magistrate by warrant under his hand and seal to order the detention of such leper in a Leper Asylum until he is discharged by competent authority and the person legally bound to maintain such leper shall pay every month to the Government during the detention of such leper such sum for his maintenance as the Magistrate having regard to all the circumstances of the case shall order.

Removal of lepers.

8. The Colonial Secretary may by order in writing direct the removal of any leper from any Asylum to any other Asylum and such

order shall be sufficient authority for the removal of such leper and also for his reception into the Asylum to which he is ordered to be removed

Power of Governor to release persons detained.

9. The Governor may by order in writing at his absolute discretion direct the discharge from any Leper Asylum of any person detained therein as a leper under the provisions of this Ordinance.

Prohibition of dealings with lepers under detention.

10. Every person who shall, except with the written permission of the officer in charge of a Leper Asylum, purchase or receive from any inmate of such Asylum any food, clothing or other article shall be liable on conviction by a Magistrate to fine which may amount to one hundred dollars or to imprisonment which may be of either description for any period not exceeding one month, or to both.

Lepers to be reported and registered and their dwellinghouses visited.

11. It shall be lawful for the Commissioners of any Municipality by resolution passed at a special meeting to resolve that the Commissioners shall undertake the registration and visitation of lepers within the Municipal limits.

Such resolution shall be published in the Gazette and from the date of such publication the following consequences shall follow:

a) The occupier of every house within the limits of such Municipality in which any person who is a leper resides shall report the fact to the Health Officer of the municipality.
b) The Health Officer shall keep a register in which he shall enter the names and addresses of the occupiers of such private houses in which leprosy exists.
c) Any occupier of a house who knowingly neglects to report the fact that leprosy exists in such house to the Health Officer shall be liable to a fine not exceeding two hundred dollars.
d) It shall be lawful for the Health Officer to visit and inspect at the prescribed times and in the prescribed manner all houses in which leprosy exists and every person obstructing or refusing to permit any such visit or inspection shall be guilty of an offence against this Ordinance.

Landing of lepers prohibited.

12. No leper shall land at any of the ports of the Colony from any place not within the Colony or the Protected Native States or Johore and the Master or other person in charge of any vessel who suffers or omits to prevent the landing from such vessel at any such port of any person whom he knows or has reasonable grounds to suppose to be a leper shall be liable on conviction before a Court of Two Magistrates to a fine not exceeding five hundred dollars.

Lepers unlawfully landed may be sent to Leper Asylum.

13. Every leper so landing as aforesaid may be committed to a Leper Asylum by a warrant under the hand of the Governor and

may be detained therein for such period as may be directed by such warrant.

Lepers unlawfully landed may be returned to the place whene they came.

14. Every leper so landing as aforesaid may be brought before a Magistrate who may examine such leper and any other witness on oath touching the place from which he was brought into the Settlement and may cause such leper to be removed to the place from which he was so brought in such manner as the Governor may direct and the reasonable cost of such removal shall be borne and paid by the Master or other person in charge of the vessel by which such leper was permitted to land and may be sued for and recovered as money due from him to Her Majesty.

Detention and recapture of lepers.

15. Every person received into a Leper Asylum under any warrant issued under the provisions of this Ordinance may be detained therein until he be removed or discharged and in case of escape may by virtue of such warrant be captured by the officer in charge of such Leper Asylum or any officer or servant belonging thereto or any Police Officer and be again conveyed to and received and detained in such Leper Asylum.

Evidence required to prove leprosy.

16. No supposed leper shall be convicted of an offence under this Ordinance or shall be committed to a Leper Asylum except on the evidence of a qualified medical practitioner that such supposed leper is a leper.

The certificate in writing of a qualified medical practitioner shall be deemed sufficient evidence under this section unless the Court or Magistrate shall otherwise direct.

Applications by lepers for admission into Asylum.

17. (1) Any leper desirous of being admitted into a Leper Asylum may make an application to the Health Officer within any Municipality or to any Medical Officer of the Government if beyond the limits of any Municipality in the following form:

„I the undersigned do hereby request you to cause me to be admitted into the Leper Asylum at and I undertake to remain therein for years at least, unless sooner duly discharged, and to conform to the Rules of the Leper Asylum.

Signature of Applicant.

Signature of Witness.

To the Health Officer of .“

(2) The signature of the applicant to such application shall be attested by a Magistrate and such Magistrate shall not attest the signature unless he has satisfied himself that the applicant is a leper and understands the effect of the application.

(3) Such applicant after his reception into the Asylum unless discharged by order of the Governor under section nine of this Ordinance

shall not be entitled to leave such Asylum until the expiration of the term mentioned in his application and such applicant may be detained therein till the expiration of such term.

Power to make Rules.

18. (1) Subject to the provisions of this Ordinance the Governor in Council may make Rules in respect of all or any of the following matters:

a) The forms of the certificates warrants and orders to be used under this Ordinance.
b) The management inspection and control of Leper Asylums.
c) The providing of separate Leper Asylums for men and women and the providing of special appartments for those lepers who are able to pay their own expences.
d) The visiting of lepers in Leper Asylums by their relations and friends.
e) The accommodation and segregation of lepers in private houses.
f) The visiting and inspection of private houses in which leprosy exists.
g) Any other matters as to which it may be expedient to make Rules for carrying into effect the objects of this Ordinance.

(2) Such Rules shall be published in the Gazette and shall as soon as practicable be laid upon the table of the Legislative Council and unless and until disallowed by resolution of the said Council shall be of the same force as if enacted in this Ordinance.

Protection of medical practitioners.

19. No action suit or other proceeding shall be brought against any qualified medical practitioner for any certificate given or for thing done in good faith in pursuance ot the provisions of this Ordinance or of any Rule made thereunder.

Penalties.

20. Any person committing any breach of this Ordinance or any infringement of any of the provisions thereof or of any Rules made thereunder for which no penalty is expressly provided by this Ordinance shall be guilty of an offence and shall be liable on conviction by a Magistrate to a fine not exceeding one hundred dollars and in default of payment to imprisonment for any period not exceeding six months.

Commencement of Ordninance.

21. This Ordinance shall not come into operation unless and until the Governor notifies by Proclamation that it is Her Majesty's pleasure not to disallow the same and thereafter it shall come into operation upon such day as the Governor shall notify by the same or any other Proclamation.

Passed this 1st day of July, 1897.

A. Knight, Acting Clerk of Councils.

Appendix IV.

Act No. of 1884.] [Promulgated.

Cape of Good Hope.

Act to Check the Spread of the Disease known as Leprosy. —

(Assented to 11 th July, 1884.)

Preamble.

Whereas the disease of Leprosy is prevalent in this Colony and has lately been spreading and continues to spread; and it is desirable to check the extension of such disease and, if possible, to exterminate it: Be it therefore enacted by the Governor of the Cape of Good Hope, by and with the advice and consent of the Legislative Council and House of Assembly thereof, as follows:

How persons suffering from leprosy to be dealt with.

1. Whenever it shall be certified to the Governor, by the district surgeon of any district, or by any other duly qualified medical practitioner, and by a field-cornet or justice of the peace, that any person is suffering from the disease known as leprosy, and that the fact of such person being at large is likely to spread such disease, the Governor may, by warrant under the hand of the Colonial Secretary or Under Colonial Secretary, order that such person shall be removed to such asylum or hospital as he shall appoint, to be there detained during the Governor's pleasure, and kept apart from contact with all other inmates of such asylum or hospital who are not afflicted with the same disease: Provided, always, that every such person, while so detained, shall have the liberty and privilege of seeing his friends and legal advisers at all reasonable times under such regulations in force for the time being, as the Governor may provide in that behalf.

Males to be kept apart from females.

2. Every asylum or hospital in which males shall be detained under the provisions of this Act shall be separated entirely from any asylum or hospital in which females shall be detained.

Provision for maintenance of persons detained under this Act.

3. When any person shall be detained under the provisions of this Act the maintenance of such person shall, until further, provision be made therefor, be defrayed out of the colonial revenues: Provided always, that all sums so paid may be recovered from the estate, if any, of such person, or from any person or persons liable by law to contribute towards the maintenance of such detained person, by the civil commissioner of the district in which such estate is situate, or in which the person or persons so liable shall reside.

Special agreement may be made with detained person for maintenance.

4. Notwithstanding the provisions of the last preceding section, it shall be lawful for the superintendent or keeper of any such hospital or asylum, in all cases in which a person detained under the provi-

sions of this Act shall be possessed of sufficient means to defray the expense of his maintenance while so detained.

District surgeons and other medical officers to inspect cases and make reports at reasonable fees.

5. All district surgeons and medical officers shall give any information which may be required in regard to the disease referred to in this Act by the local authority appointed under the „Public Health Act, 1883", or by any resident magistrate, and shall be bound to attend to or inspect any case, or report on any matter relative to this Act, and every such surgeon or medical officer shall be entitled to charge and receive from such local authority or otherwise such reasonable fee as the governor shall by any regulation in that behalf provide for each certificate required together with some reasonable amount for travelling expenses as such regulation shall prescribe.

Governor may make regulations.

6. The Governor may, from time, to time, make, alter, and amend such regulations as he may deem to be advisable for the better and more effectually carrying out the provisions of this Act.

Short Title.

7. This Act may be cited as the „Leprosy Repression Act, 1884."

Appendix V.

[No. 16, 1890.] C. B. H. Mitchell, Governor.

Law (Enacted by the Governor of Natal, with the advice and consent of the Legislative Council thereof.)

„For the Prevention of the Disease of Leprosy"

Preamble.

Whereas the disease of Leprosy is prevalent and increasing in this Colony, and it has become expedient and necessary to take effectual steps to check its increase and, if possible, to exterminate it:

Be it Therefore enacted by the Governor of Natal, with the advice and consent of the Legislative Council thereof, as follows:

Power to take lands.

1. It shall be lawful for the Governor, with the advice of the Executive Council, for the purpose of acquiring sites for the erection of leper hospitals, or for the establishment of leper locations as hereinafter provided:

Crown Lands.

a) To take and set apart any unalienated Crown lands of the Colony.

Natal Native Trust Lands.

b) To resume, take, enter upon and use any portion or portions of land vested in the Natal Native Trust.

Lands so taken shall be as follows: —

Purposes for which lands are to be taken.

a) Lands taken for the purpose of erecting thereon hospitals for lepers.

b) Lands to be set apart for the residence thereon of lepers and other persons as hereinafter provided. Such lands shall be known as leper locations. Any leper hospital may be erected and maintained on a leper location.

Certain lands exempted.

2. The following lands shall be exempted from the operation of the preceding section: —

a) Lands belonging to Her Majesty the Queen under whatever title, and whether as Admiralty or War Department lands or otherwise.

b) Lands vested in or in the occupation of any public department, or reserved for any public purpose.

c) Lands belonging to or occupied by any society or institution for religious, educational, benevolent, literary, or scientific purposes.

d) Lands specially exempted by the Governor in Council on public grounds.

e) Lands set apart as commonages for towns or villages. Land included within the limits of any borough, township, village, or immigrants' settlement.

f) Lands leased or occupied under the provisions of „the Mines Law, 1888."

Fencing, enclosing, and building on land taken.

3. The Governor in Council may order the fencing and enclosing of any land taken as aforesaid, and may direct the building thereon of hospitals or other tenements and accommodation required for carrying into effect the provisions of this Law for the residence and treatment of lepers.

Meaning of term „infectious leprosy".

4. And whereas doubts exist as to the conditions under which the disease known as leprosy is likely to be communicated from one person to another, and it has been deemed expedient for the more effectually dealing with leprosy within this Colony to make a distinction between such cases of leprosy as are advanced and likely to be of immediate danger to other persons, and such cases as are less advanced, and to make separate provision for dealing with cases of the one kind and of the other: Be it therefore enacted that in this Law the term „infectious leprosy" whenever used shall mean leprosy in an

advanced and grievous stage, whether resulting in loss of any members of the body, or enfeeblement of any powers of body or mind, or in any other evident mark of the disease.

Apprehension of person afflicted with infectious leprosy.

5. Whenever it shall come to the knowledge of any Magistrate that any person resident or being in his division is afflicted with infectious leprosy, or is suspected to be so afflicted, it shall be the duty of such Magistrate to grant a warrant directing that such person be taken or apprehended and kept in proper custody in a gaol or hospital or other place for the purpose of examination as provided in the next following section, and there to remain until he be removed or discharged according to law.

Examination. — Order for removal to a hospital.

6. The Magistrate shall thereupon cause such person to be examined by the District Surgeon and by another duly qualified medical practitioner. It from their reports made on oath it appear that such person is afflicted with infectious leprosy, the Magistrate shall forward the said reports to the Colonial Secretary for submission to the Governor. It shall be lawful for the Governor, if he see fit, thereupon to order that such person be removed to a hospital for lepers, therein to be confined according to the provisions of this Law.

Discharge of person reported not to be afflicted. — Procedure in case of doubtful reports.

7. If from the said reports it appear that the person reported to be afflicted with infections leprosy is not so afflicted, the Magistrate shall forthwith discharge him from custody: Provided that when such reports leave it doubtful whether or no such person be so afflicted, the Colonial Secretary may submit the case for the consideration of the Medical Board, and the report of the Medical Board shall, together with the other report before mentioned, be submitted to the Governor, who, if satisfied upon the consideration thereof that the person is a leper, may order him to be removed to a hospital for lepers, to be therein confined according to the provisions of this Law: otherwise the Governor shall direct him to be discharged.

Voluntary submission of a leper to treatment. — Confinement in hospital or location.

8. If any person afflicted with leprosy shall desire to submit himself to treatment according to the provisions of this Law, and for that purpose shall present himself to a Magistrate, the Magistrate shall thereupon require the District Surgeon to examine such person. If, from the report of the District Surgeon it appear that such person is afflicted with leprosy, it shall be lawful for the Governor thereupon to order that such person be removed to, and placed in a hospital for lepers, or otherwise, if he see fit, in a leper location, to be confined according to law, in such hospital or location.

Reception order. Schedules A and B.

9. The warrant for the admission and detention of any person in a hospital or location under the provisions of the preceding sections of this Law, to be known as a reception order, shall be signed by the Colonial Secretary, and addressed to the Superintendent of the hospital or location, and shall be in the form set forth in Schedule A, or the form set forth in Schedule B, as the case may be.

Expiry of Reception Order or Warrant.

10. Every reception order or other warrant for the admission of a person into hospital or asylum for lepers, shall expire at the end of one year from its date, unless continued as hereinafter provided.

How continued in force. — Resident Surgeon's reports.

11. A reception order shall be continued and remain in force after the expiration of one year from its date, for successive periods of three years, if at the end of each period, that is at the end of the first year, and at the end of each succeding term of three years, a report of the Resident Surgeon of the hospital, certifying that the patient is still suffering from leprosy, is sent to the Magistrate of the Division. Such report shall be sent to the Magistrate, not more than one month, and not less than seven days before the end of each period. The Resident Surgeon shall, at the same time, furnish to the Magistrate such further information concerning the patient to whom the report relates, as the Magistrate may require. The Magistrate shall forward the report and other information concerning the patient to the Colonial Secretary, for the information of the Governor.

Saving in case of delay of report.

12. If from any cause the report referred to in the last preceding section be not furnished before the expiry as originally granted or continued as aforesaid, of any reception order, then, notwithstanding the expiry of such order, the person named therein shall not, merely by reason of such expiry, be entitled to be discharged from custody until after the lapse of one month after the date of the expiry of the reception order.

Hospital enclosure, entry and departure. — Separation of sexes.

13. Every hospital for lepers shall be enclosed by a sufficient wall of brick or stone, and no person shall be allowed to enter or leave such enclosure except in conformity with the rules and regulations to be made on that behalf under the provisions of this Law. Male and female lepers shall be entirely separated from each other while in such hospital.

Enquiry as to prevalence of leprosy.

14. Whenever it shall be reported to the Governor that leprosy is prevalent in any place, or neighbourhood, or Native location, he may order the Magistrate of the division in which such neighbourhood

or Native location is situated, to institute an enquiry to ascertain whether leprosy be there prevalent or not. For the purposes of this Law leprosy shall be deemed to be prevalent when more than five persons residing within a circle having a radius of three miles, are afflicted with leprosy.

Inspection and Report by District Surgeon.

15. The enquiry to be so made shall include an inspection of the place and persons by the District Surgeon, who shall report the results thereof to the Magistrate, together with a list of the persons found to be afflicted with leprosy, showing in respect of each particulars as to sex and approximate age.

Report to Governor of result of enquiry.

16. It shall be the duty of the Magistrate to report to the Governor the result of the enquiry so made, and to forward, together with his report, the report and list furnished to him by the District Surgeon.

If Governor in Council be satisfied that leprosy is prevalent, he may direct Magistrate to proceed.

17. If from such enquiry and report as aforesaid the Governor in Council shall be satisfied that leprosy is prevalent in any place, neighbourhood, or Native location, he may direct the Magistrate to take steps to place the persons reported to be suffering from leprosy within a leper location.

Notice to enter location. Schedule C. — Service of notice. — List and record of notices and service. Proof of service.

18. The Magistrate shall thereupon issue to each such adult person, and to the parent or guardian of each such person being a minor, a notice in the form set forth in Schedule C of this Law, requiring such persons to enter a leper location, to be named in the notice, within one month from the date of the notice, there to remain until discharged according to law. Service of the notice may be effected by any constable or other person authorised by the Magistrate to do so. Service may be effected either personally or by leaving the notice with some person living at the residence of the person upon whom the notice is required to be served, or in the case of a Native by leaving it with the headman of the kraal, and in every case of service upon a Native the exigency of the notice shall be explained to the person to whom the notice is delivered. The Magistrate shall keep a list of all notices issued and shall cause a record of the date and manner of the service of each, and of the person by whom the same was served, and such list and record shall be proof of service having been effected as recorded, unless the contrary be shown.

Copy of list and record, effectual as a Reception Order, vide Secs. 10 and 11.

19. A copy of the aforesaid list and record certified under the hand of the Magistrate shall be authority to the Superintendent of a

leper location to receive the persons named in the list into the leper station as lepers, and shall be effectual as a reception order within the meaning of the tenth and eleventh Sections of this Law.

Obligation to comply with notice. — Hearing of objection. — Case may be submitted to Medical Board. — Appeal.

20. Every person upon whom notice shall be served as aforesaid, shall be obliged within one month from the date of the service to place himself within the leper location specified in the notice: Provided that if any person shall feel aggrieved by such notice he shall be entitled to apply to the Magistrate to appoint a time for hearing his objection. It shall be the duty of the Magistrate to notify to the applicant and to the District Surgeon the time appointed for hearing such objection, and to require the attendance of the District Surgeon thereat. If upon the hearing of such objection it appear to the Magistrate that the person is not affected with leprosy, he shall cause the name of such person to be struck off the list of persons supposed to be afflicted with leprosy, but if it appear to the Magistrate that such person is so afflicted, he shall so inform such person, who shall thereafter be required to conform to the exigency of the aforesaid notice: Provided that it shall be lawful for the Magistrate to lay the case before the Colonial Secretary for submission to the Medical Board, by whose decision the Magistrate shall abide: Provided also that it shall be lawful for the person so applying to the Magistrate to appeal to the Supreme Court or the Circuit Court having jurisdiction from the decision of the Magistrate, and in any case the time within which such person shall be obliged to comply with the exigency of the notice shall be extended until the expiration of one month after the hearing of his objection or the judgment in appeal.

Voluntary submission of relatives to confinement in a location with a person confined there. — Reception Order. Schedule D. Vide Section 9 and 10.

21. If at any time any person or persons belonging to the family or being relatives of a person confined in a leper location shall signify to the Magistrate a desire to be placed in such location together with the person confined there as aforesaid, it shall be lawful for the Magistrate, if he be satisfied of the relationship claimed, to issue to the Superintendent of the location a warrant or reception order in the form set forth in Schedule D. of this Law, requiring him to receive and place such person or persons in the location. Such warrant or order shall be effectual as a reception order within the meaning of the 9th and 10th Sections of this Law.

Discharge of confined person not afflicted with leprosy.

22. It shall be lawful for the Magistrate in whose Division a leper location is situated, upon receiving a report from the Resident Surgeon of the location that any person there confined is desirous of being discharged, and is not afflicted with leprosy, to direct the Superintendent of the location to discharge such person, who shall thereupon be discharged accordingly.

Power of Governor to discharge any person from a location.

23. It shall be lawful for the Governor at any time, on sufficient reason to him appearing, to cause any person to be discharged from confinement in a leper location.

Resident Surgeon's annual raport.

24. It shall be the duty of the Resident Surgeon of every leper location to furnish a report to the Magistrate of the Division at least once in every year, and in the month of January, upon the sanitary condition of the location, with particulars upon the health of every person confined therein, and giving his opinion of the results attained by the establishment of the location.

Inspections of hospital or location by Magistrate.

25. It shall be the duty of every Magistrate in whose Division there is a leper hospital or leper location to visit each such hospital or location at least three times in every year, and to report to the Government upon the management and conduct thereof, and any other important matters relating thereto.

Cost of acquiring land and establishing hospital or location.

26. The cost of acquiring any land for the purposes of a hospital or location for lepers, and of the erection of buildings and fencing and generally of establishing a hospital or location for lepers, shall be a charge upon the general revenue of the Colony, and payable from moneys granted for that purpose in a Supply Law.

Cost of maintenance. Vide Section 29.

27. The cost of maintaining a hospital for lepers or a leper location, and the persons confined therein (save so far as the same may be otherwise defrayed as provided in the twenty-ninth section of this Law), and the salaries and wages of officers, warders, and other persons thereto, and of all matters required for the effectual upkeep, management, and carrying on of such hospital or location, shall be a charge upon the general revenue of the Colony, and for incurring and paying the same this Law shall be sufficient authority: Provided that such cost and expenses shall not in the first instance be incurred except by the authority of a Supply Law granting moneys for the purpose, and thereafter no such cost and expenses shall be incurred and paid exceeding in any year the annual rate of the costs and expenses last authorised by a Supply Law, unless by the express sanction of the Governor in Council.

Who shall be deemed to be in custody. — Obedience to orders and regulations. Escaping from custody. — Punishment for aiding in escape.

28. Every person detained for examination or placed as a leper in a hospital for lepers or a leper location, and every person upon whom notice has been served in terms of the nineteenth section of this Law, after the expiration of the time allowed in the said section for complying with such notice, and every person placed in a leper location

under the provisions of the twenty-second section of this Law shall, while in such custody, be subjected to all orders and all rules and regulations lawfully made. Every person escaping from any lawful custody in which he may be kept under the provisions of this Law may be pursued, arrested, and taken back into such custody by any person whomsoever, and any person aiding in the escape of any person from lawful custody as aforesaid shall be guilty of an offence, and being convicted thereof shall be liable to a fine not exceeding L. 20, and in default of payment thereof, to imprisonment for any term not exceeding six months.

Special agreement for expenses of maintenance.

29. Notwithstanding the provisions of the twenty-seventh section, it shall be lawful for the Superintendent of a hospital or location for lepers, in all cases in which a person in custody shall be possessed of sufficient means to defray the expenses of his maintenance in such hospital or location, to make a special agreement for his maintenance therein.

Prohibition of communication with persons confined.

30. Save as is herein expressly provided, and as may be provided under the rules and regulations made under the provisions of this Law, no communication or intercourse shall be allowed between the persons confined in a hospital or location for lepers and any person not confined therein and not being an officer or servant engaged in and about the precincts of such hospital or location.

Unauthorised communications etc.

31. Every person who shall hold or attempt to hold unauthorised communication with a person confined in a hospital or location for lepers, or who shall aid a person in escaping therefrom, or shall enter the precincts thereof without permission from some person having authority to grant the same, shall be guilty of an offence.

Privilege of seeing friends and legal advisers.

32. Every person detained in custody under the provisions of this Law, shall have the liberty and privileges of seeing his friends and legal advisers at such reasonable times and subject to such regulations as shall be lawfully determined by the rules and regulations to be made under the provisions of this Law.

Powers of Supreme Court or a Judge in case of confinement of a person not being a leper.

33. If the Supreme Court or any Judge thereof presiding at any Circuit Court or sitting in Chambers shall receive information upon oath that any person not afflicted with leprosy is confined as a leper in a hospital or location for lepers, such Court or Judge shall have full power and authority to order the Superintendent of such hospital or location to bring such confined person in proper custody to any gaol or hospital for examination, and if upon the report or evidence

given upon oath by two duly qualified medical practitioners it shall appear to the satisfaction of the Court or Judge that such person is not a leper, it shall be lawful for the Court or Judge to direct him to be immediately discharged from further custody in such hospital or location for lepers.

Superintendent and officers of hospitals and locations.

34. The Governor may appoint for every hospital or location for lepers an officer to be called the Superintendent, who shall have the direction and management of such hospital or location. The Governor may also from time to time appoint all warders, guards, and other officers to be attached to every such hospital or location.

Resident Surgeon of a hospital or location.

35. Every hospital or location for lepers shall be placed under the supervision of a qualified medical person, to be appointed by the Governor, with the title of Resident Surgeon. Every such Resident Surgeon shall reside at or near to the hospital or location, and it shall be his duty to inspect such hospital or location and the persons confined there, to perform all medical offices required in respect of all inmates, including the officers of the hospital, to see that proper food and necessary comforts are supplied to the patients, and that the premises are properly and cleanly kept, and generally to exercise medical supervision of the hospital or location, and to perform such duties as shall be lawfully appointed to him by the regulations to be made under the provisions of this Law.

Governor in Council may make rules and regulations.

36. The Governor in Council may from time to time make, repeal, alter, and add to rules and regulations defining the duties and relations of all Resident Surgeons, Superintendents, warders, guards, and other officers of hospitals or locations for lepers, and relative to the classification, treatment, religious and other instruction, and safe custody of the lepers confined therein, the mode of communication by and with such lepers, the mode in which the lepers may be visited, the rations and clothing of the lepers, the rules to be observed by persons confined in the hospitals or locations, and generally all such other rules and regulations as may be necessary for the maintenance of good order and discipline in any such hospital or location..

Governor may confer upon a Superintendent power to exercise summary jurisdiction in respect of certain offences.

37. It shall be lawful for the Governor to confer upon the Superintendent of any hospital or location for lepers the power to have and exercise a summary jurisdiction, as hereinafter provided, in trying and punishing offences committed by warders, guards, and other subordinate officers or servants attached to such hospital or location against any of the rules and regulations for the time being in force. The Governor may at any time withdraw from any Superintendent any power so conferred as aforesaid.

Punishments to be inflicted by a superintendent.

No punishment to be inflicted by any Superintendent by virtue of any powers conferred under the provisions of this section shall be of any other kind or exceed in severity the following punishments, that is to say:

In the case of Europeans a fine not exceeding ten shillings in any one month.

In the case of Natives a fine not exceeding five shillings in any one month.

Limitation of jurisdiction.

Provided that it shall not be lawful for any Superintendent to try any case of drunkenness or any offence of an equally serious nature, and provided also that if the Superintendent deem any offence too serious for him to deal with, he may report the same to the Magistrate of the Division to be enquired into and determined by such Magistrate according to law.

Contraventions generally triable by Magistrate.

38. All contraventions of the provisions of this Law, or the rules and regulations made thereunder, shall, except as otherwise specially provided, be cognisable in the Court of the Magistrate of the Division or District in which such offence has been committed.

Indians and certain others afflicted with leprosy may be sent back to their country. Vide Laws 13, 1859, and 15, 1871.

39. Whenever it shall appear that any persons being Indian immigrants, introduced into the Colony under the provisions of the Laws on that behalf, or Natives of any part of Africa introduced into the Colony under the provisions of Law No. 13, 1859, entituled. „Law to amend and regulate the Laws relating to the introduction and engagement of Immigrants from territories to the eastward of the Cape of Good Hope, not within Her Majesty's dominions in India," or of Law No. 15, 1871, entituled „Law to facilitate the obtaining of Labour", are afflicted with leprosy, it shall be lawful for the Governor to cause such persons to be conveyed out of this Colony and taken back to the country whence they first came to this Colony.

Duties imposed upon Medical Board, District Surgeons, and medical practitioners.

40. All members of the Medical Board, District Surgeons, and other medical practitioners shall be obliged, when thereto required by the Colonial Secretary or a Magistrate, to render assistance and make any examination or inspection provided for by this Law, and to furnish a report thereof. Nothing in this section contained shall be held to take away any claim for remuneration and expenses which any District Surgeon or medical practitioner might have in respect of any service performed by him as aforesaid.

Saving of claim for remuneration Meaning of „medical practitioners.

In this Law „medical practitioner" shall mean any surgeon or physican licensed to practise under the provisions of any Law for the time being in force in the Colony.

Short title of Law.

41. This Law may be recited as „The Leprosy Law, 1890."

Commencement of Law.

42. This Law shall take effect at such date after the promulgation thereof as the Governor may fix by proclamation in the Government Gazette.

Appendix VI.

[No. 15, 1894.] Walter Hely-Hutchinson, Governor.

Act, „to amend the Leprosy Law 1890".

Be it enacted by the Queen's Most Excellent Majesty, by and with advice and consent of the Legislative Council and Legislative Assembly of Natal, as follows:

Amendment of Sec. 1, of Law 16, 1890.

1. Section 1 of Law No. 16, 1890, shall be amended by inserting therein, after first sub-section (b) thereof, the following sub-section:

Taking of private lands.

c) To purchase, take, enter upon, and use any private lands, save as in the second section of this Law excepted. For the purposes of this sub-section, private lands shall mean all lands alienated from the Crown other than Natal Native Trust Lands.

Incorporation of Lands Clauses, Law 1872. Native Trust Lands.

2. For the purpose of giving effect to Section 1 of Law No. 16, 1890, as amended by this Act. „The Lands clauses Consolidation Law, 1872," shall be incorporated with this Act: Provided that any lands resumed and taken from the Natal Native Trust to be set aside under the provisions of the said Law solely for the purposes of a location or hospital for Natives shall be excluded from the foregoing provision of this section, and may be so resumed and taken without any compensation or payment whatsoever to the Natal Native Trust.

Given at Government House, Natal, this Fifth day of July, 1894.

By command of His Excellency the Governor,

John Robinson, Colonial Secretary.

Appendix VII.

[No. 24. 1895.] Walter Hely-Hutchinson, Governor.

Act, „to Amend the Leprosy Law, 1890."

Whereas it is expedient to Amend the Law No. 16, 1890, known as the „Leprosy Law, 1890" as amended by Act No. 15, 1894:

Be it therefore enacted by the Queen's Most Excellent Majesty by and with the advice and consent of the Legislative Council and Legislative Assembly of Natal, as follows:

Short title.

1. This Act may be cited as the „Leprosy Law Amendment Act, 1895."

Joint construction of laws.

2. This Act, and the „Leprosy Law, 1890," and the Act No. 15, 1894, shall be read and construed together as one Act.

Admission to leper location of family or relatives of persons confined there.

3. If any person or persons belonging to the family or being relatives of a person about to be confined in a leper location, shall signify to the Magistrate a desire to accompany and to be placed in such location together with the person so about to be confined there as aforesaid, it shall be lawful for the Magistrate, if he be satisfied of the relationship claimed, to issue to the superintendent of the location a warrant or reception order in the form set forth in the Schedule D of the „Leprosy Law, 1890", or as near thereto as may be; and such warrant or order, if countersigned by the Secretary for Native Affairs, shall be effectual as a reception order within the meaning of the 9th and 10th sections of the said „Leprosy Law, 1890," for the admission and detention in such leper location, subject to the rules and regulations relating to such leper location, of such family and relatives of any leper and their children: Provided that in the case of minors accompanying any such leper as aforesaid to any leper location, the consent of the parent or guardian may be taken on behalf of such minors.

Rules respecting non-leprous inmates.

4. In addition to the powers contained in the 36th section of the „Leprosy Law, 1890," the Governor in Council may, from time to time, make repeal, alter and add to rules and regulations relative to the classification, treatment, religious and other instruction and safe custody of non-leprous persons confined in any leper location, the mode of communication by and with such non-leprous persons, the mode in which they may be visited, the rations and clothing of such non-leprous persons, the rules to be observed by them, and generally all such other rules and regulations as may be necessary for the maintenance of good order and discipline amongst them and for carrying out the provisions of this Act.

Custody and compulsory detention of non-leprous inmates.

5. Every person placed in a leper location under the provisions of this Act shall be deemed to be in lawful custody until discharged therefrom, and shall, while in such custody, be subjected to all orders and all rules and regulations lawfully made, and every person, so placed in a leper location, escaping from lawful custody in which he may be kept under the provisions of this Act, may be pursued, arrested, and taken back into such custody by any person whomsoever; and every such person so escaping and every person aiding in the escape of any such person from lawful custody as aforesaid shall be guilty of an offence, and being convicted thereof shall be liable to a fine not exceeding L. 20, and in default of payment thereof to imprisonment for any term not exceeding six months.

Given at Pietermaritzburg, Natal, this Eighth day of August, 1895.

By command of His Excellency the Govornor,

John Robinson, Colonial Secretary.

Appendix VIII.

British Bechuanaland.

Proclamation October 28th. 1892, for the repression and extermination of the disease of leprosy in the Territory of British Bechuanaland.

The provisions relate to:

1. Existence of all cases to be reported.
2. Power of removal to Asylums.
3. Separate male and female Asylums.
4. Power of removal to Asylum at the Cape of Good Hope.
5. Maintenance of such persons.
6. Agreements with persons who can pay.
7. Obligation of British Surgeons and Medical Officers to report, etc.
8. Power to alter and amend regulations.

Appendix IX.

Seychelles

In the Sixtieth year of the Reign of Her Majesty Queens Victoria.

H. Cockburn Stewart, Administrator, (31. October 1896).

At a Legislative Council held on the thirty-first day of October in the year of Our Lord One thousand eight hundred and ninety six.

An Ordinance to provide for the treatment of Convict, Vagrant and Pauper Lepers.

Preamble.

Whereas it is expedient to make provision for the treatment of Convict, Vagrant and Pauper Lepers:

Enacting clause.

Be it therefore enacted by His Honour the Administrator with the advice and consent of the Legislative Council as follows:

Interpretation of Terms.

I. In this Ordinance if not contrary to or inconsistent with the context:

The term „Offence“ shall mean an offence punished by imprisonment for a period exceeding one calendar month with or without hard labour, or by reclusion or penal servitude, or by a fine exceeding one, hundred rupees, and in substitution for which, in case of non-payment, imprisonment for more than one calendar month has been ordered.

The term „Judgment for debt“ shall mean a judgment decreeing imprisonment for more than one calendar month for non-payment of a debt.

The term „Convict Leper“ shall mean any person imprisoned for an offence or on a judgment for debt as above defined and being at the time of his imprisonment or becoming during hls imprisonment affected with Leprosy.

The term „Vagrant Leper“ shall mean any person affected with Leprosy and found begging for alms in any public street, road or place: or any person so affected having no visible means of subsistence.

The term „Pauper Leper“ shall mean any person affected with Leprosy and residing in any Leper Asylum or receiving treatment in any Asylum wholly or partly at the expense of the public Treasury.

Leper Asylums.

2. It shall be lawful for the Administrator by proclamation from time to time to designate one or more places in Seychelles to be used as Asylums for the detention and treatment therein of convict, vagrant and pauper lepers and to revoke such Proclamation.

Removal of Convict lepers to Leper Asylum.

3. It shall be lawful for the Administrator by order under his signature to authorise or cause the removal of any convict leper to any of the aforesaid asylums for detention and treatment therein during the Administrator's pleasure.

Removal of Vagrant and pauper Lepers to Leper Asylum.

4. It shall be lawful for any Court of Law to order the detention and treatment of a vagrant or pauper leper in any of the aforesaid Asylums during the Administrator's pleasure.

Certificate of Government Medical Officer.

5. Provided that no order of removal shall be given under the provisions of articles 3 and 4 hereof unless the Government Medical Officer shall have certified in writing that in his opinion such person is affected with leprosy.

When leper may be given in charge of next of kin or friend.

6. At any time after the expiration of the penal servitude or judicial imprisonment of a convict leper, and at any time during the detention of a vagrant or pauper leper, it shall be lawful for any next of kin or friend to apply that such leper be delivered to such next of kin or friend for custody and treatment, and if the said next of kin or friend shall enter into a bond in writing for the proper custody and treatment of such leper, it shall be lawful for the Administrator at his discretion to order that such leper be delivered over to the charge of such next of kin or friend aforesaid.

Provided that the amount and conditions of the said bond shall be fixed in each case by the Administrator and that no stamp or registration shall be required for such bond and provided that in case of a breach of any such bond the leper aforesaid may be reinstated in any Leper Asylum.

Order of reinstatement.

7. The Order of Reinstatement may be given by the Judge of Seychelles.

Appeal from Judicial Order.

8. Judical orders of removal or reinstatement of a leper to or in a Leper Asylum shall always be subject to appeal ty the Supreme Court.

Arrest and provisional detention of vagrant and pauper lepers.

9. Any vagrant or pauper leper may be arrested without warrant by any officer or constable of Police and may by order of the Judge be detained in any place which the said Judge may deem a convenient place until his final decision or that of the Supreme Court.

Classification of convict vagrant and pauper lepers.

10. In Leper Asylums convict lepers shall be kept separate from vagrant and pauper lepers, and there shall be distinct classes of convict lepers according to their imprisonment for crime or misdemenour; or on judgement for debt.

Men and women to be kept single and separate.

11. No leper while in such Asylums shall be allowed to marry; and the women therein shall be kept separate from the men.

Regulations.

12. It shall be lawful for the Administrator in Executive Council by Regulations to provide for the removal to and detention, treatment and segregation in Leper Asylums of convict, vagrant and pauper lepers, and to provide for the carrying out of the objects of this Ordinance. Such Regulations on their being published in the Government Gazette shall, so long as they remain unannulled or unamended as hereinafter provided, have the same force and effect as if they had been contained verbatim in this Ordinance, and anything done in pursuance of the same shall be deemed to have been lawfully done.

Provided that such Regulations shall be laid before the Legislative Council within one month of publication, and that on motion made at any meeting held within one month of their being so laid they may be repealed or amended, and that they shull have the force of law in their amended form, provided the assent of the Administrator be given thereto; in which latter case they shall be republished in the Government Gazette in their amended form and shall have the same force as if contained verbatim in this Ordinance, without prejudice however in any case to the validity of anything done under such original Regulations before their repeal or amendment by the Council.

Governor's and in his absence the Administrator's prerogative and power.'

13. Nothing herein contained shall be deemed to be in restriction of the Governor's and in his absence the Administrator's prerogative and power to release any leper at any time he may deem it convenient from any Leper Asylum.

Short title.

14. This Ordinance may be cited for all purposes as „The Lepers Ordinance 1896."

Commencement of this Ordinance.

15. This Ordinance shall come into operation on and from a day to be fixed by the Administrator and notified by Proclamation.

Passed in the Legislative Council at Mahé Seychelles this thirty first day of October in the year of Our Lord one thousand eight hundred and ninety six.

James Driver, Clerk of the Legislative Council.

Assented to in Her Majesty's Name this 6th day of November 1896.

H. Cockburn Stewart, Administrator.

Appendix X.

New South Wales.

»An Act to Provide for the Notification of cases of Leprosy; for the Detention and Isolation of Lepers; the Appointment of Lazarets; and for other purposes.«

An abstract of the provisions is as follows:

1. It is to be cited as the „Leprosy Act of 1890."

2. A clause defining terms.

3. On the appearance of any case of leprosy in any house or premises, the householder or occupier, and also the medical practitioner attending the case shall immediately report it in writing to the proper authorities, viz., to the Secretary of the Board of Health, or, if the case occur beyond the Metropolitan Police District, to the nea-

rest officer in charge of the police station. Failure to report incurring a penalty of not less than L. 20 or more than L. 50.

4. (1) A clause authorising the governor to set apart any suitable place as a Lazaret, and to make regulations for the safe custody of lepers therein.

(2) The Board of Health shall, upon a report being made as aforesaid, or upon the report of any legally qualified medical practitioner, that a person is suffering from leprosy, cause an investigation to be made by two or more legally qualified medical practitioners; and upon being satisfied that such person is suffering from that disease, may order the removal of such person, and detention in the Lazaret until released by order ot the Board, or be isolated in such manner as the Board may direct; and any person so ordered who wilfully refuses or neglects forthwith to obey such order or directions of the Board, or escapes or attempts to escape from the Lazaret or place of isolation, may, with such necessary force as the case may require, be removed or brought to any Lazaret or other suitable place.

(3) Every such order to be made in writing and signed by the President or Secretary and two members of the Board, and shall be sufficient warrant to any member of the police force &c.

(4) Any person who wilfully disobeys or obstructs the execution of any such order, or who trespasses on any such Lazaret or other place, or communicates or improperly interferes with, any person detained therein, shall be liable to a penalty of not less than L. 10 nor more than L. 20.

(5) Every person who, prior to the Act, has been detained as a leper in the Coast Hospital at Little Bay, shall be deemed to have been lawfully detained, and to be a leper to be detained, within the meaning of the Act.

5. Any order properly signed, to be regarded as primà facie evidence.

6. Regulations. The Governor, on the Board of Health, may make and issue regulations. Any person, not being a leper, who shall wilfully disobey or violate any such regulations, or shall resist or obstruct any person lawfully carrying out the Act, or shall disobey any requirement, or neglect any order or direction of the Board of Health, shall be liable to a fine not exceeding Lst 20.

7. All proceedings for offences against the Act, to be summarily dealt with by any stipendiary or police magistrate, or by two Justices of the Peace, and the amount of penalty, with costs, enforced by distress and sale of goods, &c., and in default of sufficient distress, the person to be liable to be imprisoned, with or without hard labour for not more than six months.

Appendix XI.

Queensland.

An Act to Provide for the Treatment of Leprosy and the Detention and Isolation of Lepers.

(Assented to by the Legislative Council 20th July 1892.)

1. This Act may be cited as „The Leprosy Act of 1892."

2. (This paragraph defines the terms, ‚Minister", „Central Board of Health", „House or Premises", and „Medical Practitioner".)

3. „The Governor in Council may, by Proclamation, appoint any Place to be a Lazaret for the reception and medical treatment of Lepers."

4. „When there is reason to believe that any person in any house or premises is suffering from Leprosy, the house-holder or occupier of the house or premises shall immediately report the case, in writing, to the nearest Police Magistrate, who shall forthwith forward the report to the Minister, and a copy thereof to the Central Board of Health."

And when any case of Leprosy or supposed Leprosy comes under the observation of a Medical Practitioner, he shall forthwith report the case, in writing, to the nearest Police Magistrate, who shall forthwith forward the report to the Minister, and a copy thereof to the Central Board of Health.

If any person by this Section required to make a report fails to do so as hereby required, he shall be liable to a penalty not exceeding One hundred pounds.

5. The Minister shall, upon report being made to him that any person is suffering from Leprosy, cause investigation to be made by one or more medical practitioners, and upon being satisfied that the person is suffering from that disease, may, by order under his hand, direct that he be removed to and detained in a Lazaret.

If any person so ordered to be removed and detained wilfully refuses to obey the order, or escapes or attempts to escape from a Lazaret, or from the custody of the persons charged with his removal, he may, with such necessary force as the case may require, be removed and brought to, or retaken and brought back to the Lazaret.

6. All lepers so retained shall be safely kept by the attendant or attendants duly appointed for that purpose within the limits of the Lazaret, and under the care, inspection, and supervision of a Medical Officer appointed for that purpose, and all food, medicine, clothing and other necessaries shall be obtained under the direction of such Medical Officer, and shall be conveyed to the Lepers by such attendant or attendants, and no other person shall enter within the limits of the Lazaret without the authority of the Minister or the Medical Officer.

7. A report upon the condition of all Lepers detained in a Lazaret shall be furnished by the Medical Officer to the Minister and to the Central Board of Health quarterly, or at such other times as the Minister may direct. In the event of the death of a Leper detained in

a Lazaret, notice of the death shall be given forthwith by the Medical Officer to the nearest Police Magistrate, and a report of the death shall also be forthwith forwarded by the Medical Officer to the Minister and to the Central Board of Health.

8. If it be proved to the satisfaction of the Minister that a person detained in a Lazaret, or a person ordered to be removed to a Lazaret, is not suffering from Leprosy, the Minister may, by order under his hand, direct him to be discharged from custody.

9. Any person who wilfully disobeys, or obstructs the execution of, an order under this Act, or who trespasses within the limits of the Lazaret, or communicates or improperly interferes with any person detained therein, shall be liable to a penalty not exceeding twenty pounds and not less than ten pounds.

10. Every person who, before the passing of this Act, has been detained by the authority of the Minister as a Leper in any place appointed for that purpose by the Minister, shall be deemed to have been lawfully detained.

11. When a person who is suffering from Leprosy has sufficient means to provide for his proper maintenance and attendance by a medical practitioner, the Governor in Council may direct that instead of removing him to a Lazaret he shall be removed to some place to be specially appointed by the Governor in Council for that purpose, and be there detained under such provision and treatment as the Governor in Council may direct. All the provisions of this Act relating to Lazarets shall apply to every place in which a person suffering from Leprosy is ordered to be detained.

12. (Enacts that the Governor's order be considered primâ facie evidence)

13. The Governor, upon the recommendation of the Central Board of Health, may make regulations for the purpose of carrying this Act into effect, and such regulations shall be published in the Gazette.

Any person who wilfully disobeys or acts in violation of the Regulations, or who resists or wilfully obstructs any person in the lawful exercise of any authority conferred by this Act, or who, without excuse, neglects or disobeys an order made under the provisions of this Act, shall be liable to a penalty not exceeding twenty pounds.

Appendix XII.

Jamaica-Law 15 of 1896.

The Leper Asylum Law, 1896 (17th April, 1896).

Preamble.

Be it enacted by the Governor and Legislative Council of Jamaica, as follows:

Governor may constitute Leper Asylums by Proclamation.

1. The Governor may from time to time, by proclamation in the Jamaica-Gazette, declare that any building or buildings and lands attached thereto shall constitute (and immediately on such proclamation such building or buildings, and such lands shall constitute) an Asylum or Asylums for the reception of the persons suffering from leprosy.

Removal of Lepers.

2. After such proclamation as aforesaid, the inmates of any Leper Asylum may at any time, by order of the Governor, be removed therefrom to any other Leper Asylum.

Power to appoint medical attendants and nurses.

3. The Governor may appoint such medical attendants, officers, and nurses as he may consider necessary for every such Leper Asylum, and on such terms and conditions and with such salaries and allowances as he may think fit.

Rules and regulations to be made by Superintending Medical Officer.

4. The Superintending Medical Officer, subject to any instructions received from the Governor, shall have the control of every Leper Asylum, and shall from time to time make rules and regulations for their management and for the support and maintenance of the inmates thereof, and may impose penalties for the violation of all such rules and regulations, and the penalties attaching to the violation thereof, shall be approved by the Governor in Privy Council and published in the Jamaica-Gazette.

Admission to Asylum.

Order for admission of Leper to Asylum.

5. Any Resident Magistrate, on its being certified to him by any duly registered Medical Practitioner that a person is a leper, and on its being further certified by two Justices of the Peace, that such person is a fit subject for gratuitous relief, or is unable through poverty to provide himself with proper medical attendance and the medicines and diet suitable for his disease, may, on application by or on behalf of such person, make an order for such person to be admitted into a Leper Asylum, and to be maintained there free of charge, until discharged by order of the Governor, or of a Judge, as hereinafter provided.

Arrest of Leper wandering about begging, etc.

6. It shall be lawful for any Resident Magistrate, on information upon oath of any credible witness, that any person afflicted with leprosy has been wandering about begging or collecting alms, or seeking precarious support, or exposing himself in any public road, street, or place, to summon such person to appear before him, or if he think it necessary, such Resident Magistrate shall issue a warrant, under his hand, directed to any constable, authorizing or directing such constable

to cause any such person to be brought before him, at a time and place to be specified in such summons or warrant.

Proceedings thereon and order for conveyance to Leper Asylum.

If, on the hearing of the case, it is made to appear to the satisfaction of the Resident Magistrate, upon the oath of any duly registered Medical Practitioner, that such person is afflicted with leprosy, and it is made further to appear, upon the oath of some credible witness, that such person has been seen wandering about begging or collecting or seeking precarious support, or exposing himself on any public road, street, or place, then it shall and may be lawful for such Magistrate, unless security is given as hereinafter provided, to make an order, subject to the approval of the Governor, for the removal and conveyance of such person to a Leper Asylum, and on approval of such order by the Governor, any constable thereto directed by such Magistrate, shall remove and convey such person to such Leper Asylum as may be designated by the Governor, there to be detained until discharged by order of the Governor, or of a Judge, as hereinafter provided.

Unless security given for proper maintenance and private treatment.

If, on the hearing of the case, the person so afflicted, or any one on his behalf, gives security to the Inspector of Police, by a bond with one or more sureties to the amount of Twenty Pounds, that such person shall be properly maintained and treated in private, and shall not be suffered to be at large, the Resident Magistrate shall abstain from making an order of removal: Provided always, that any such Bond may be enforced by the Inspector of Police for the time being.

Leper not destitute may be received into Asylum on giving security for costs of maintenance and treatment.

7. Any person afflicted with leprosy and not in destitute circumstances, may be received as an inmate of a Leper Asylum upon giving security to the medical attendant for payment monthly of the cost of his maintenance and treatment at a rate, not exceeding Two Shillings per day, to be fixed from time to time by the Superintending Medical Officer: Provided that the bond on leaving referred to in the next section shall not be required from any such person.

Discharge from Asylum.

Discharge of Leper on giving bond for proper maintenance and private treatment.

8. If at any time any inmate of a Leper Asylum, or any person on his behalf, gives security to the Inspector General of Police by a bond with one or more surety or sureties to the amount of Twenty Pounds, that such inmate shall be properly maintained and treated in private, and shall not be suffered to be at large, the Inspector General of Police shall forthwith report the same to the Governor, and such inmate shall be discharged from the Asylum.

Discharge of inmate fit so to be.

9. Whenever it appears to the Medical Attendant of a Leper Asylum that any inmate is fit to be discharged therefrom, such Medical Attendant shall transmit a Certificate to that effect to the Superintending Medical Officer who shall forward the same to the Governor, and thereupon such inmate shall be discharged.

Appeal by Petition to Judge of Supreme Court.

10. In case any person ordered to be removed to a Leper Asylum, or in case any person detained therein, is at any time desirous of appealing from such order or such detention, such person may present a petition to any one of the Judges of the Supreme Court without charge or expense, and such Judge shall have full power and authority to inquire into such petition, and to cause such witnesses to be examined before him as he may consider necessary, and thereupon to make such order for the discharge of such person from the said Asylum, or otherwise, as he may consider meet.

Miscellaneous provisions.

Penalty on Leper employing himself, and person employing him in certain ways.

11. If any person afflicted with leprosy shall occupy himself in, or be in any way employed in the preparation for sale, or in the sale, of any article used for food or drink, or shall follow the occupation of a barber, washer of clothes, cigar or cigarette maker, tobacconist or manufacturer of tobacco, higgler, or school teacher, or shall follow or be employed in any occupation which concerns the food, drink, or clothing of the public generally, such person and the person who employs such person, shall each of them be liable to pay a fine not exceeding Five Pounds, and in default of payment shall each of them be liable to be imprisoned with or without hard labour for any period not exceeding three months.

Penalty for unauthorised entrance within limits of Asylum.

12—Any person not having official business at a Leper Asylum, who shall without permission of the Medical Attendant, or the officer having the superintendence of a Leper Asylum, enter within the limits thereof, shall be liable to pay a fine not exceeding Two Pounds, and in default of payment, to be imprisoned, with or without hard labour, for any period not exceeding two months.

Arrest of escaped Leper.

13— Any person who shall escape from any Leper Asylum, may forthwith be arrested by any constable or other person and be brought back to the Asylum.

Offences to be tried in Petty Sessions.

14—Any offence against the provisions of this Law, may be tried in Petty Sessions on the information of any duly registered Medical Practitioner, or of any Inspector, or Sergeant of Constabulary.

Expenses of Leper Asylum. etc., to be paid out of General Revenue.

15. The expenses of a Leper Asylum not otherwise provided for, and any reasonable expenses incurred in carrying out the provisions of this Law, shall be paid out of the general revenue.

Existing Rules of Leper Asylum continued in force provisionally.

16. The Rules in force in the Lepers Home at Spanish Town at the time of the passing of this Law, shall continue to be in force in so far as they are not inconsistent with this Law, until other rules are so made and brought into operation.

Law 17 of 1879 repealed.

17. Law 17 of 1879 shall be, and the same is hereby repealed, but such repeal shall not affect anything done under the provisions of that Law, and the Lepers Home at Spanish Town at the time of the commencement of this Law, and the officers and servants thereat, shall be deemed to have been respectively established and appointed under the provisions of this Law, but the provisions of this Law as to the discharge of Lepers from an Asylum, shall not apply to such persons as are, at the passing of this Law inmates of the Lepers Home.

(Reserved for the consideration of Her Majesty.)

Appendix XIII.

Barbados.

Lepers Act, 1890.

1. Short Title.

2. Maintenance: Governor in Executive Committee to maintain the Lazaret and supply the Lepers therein with all necessaries.

Governor to provide for instruction etc., of Lepers.

3. Officers and Servants; Fixed Staff of Officers; additional Officers; Salaries.

4. Inmates:

1) „It shall and may be lawful for the Governor in Executive Committee, and he is hereby required, upon any application made to him for that purpose, to receive into the said Asylum any person or persons affected with leprosy, there to be kept, taken care of, and maintained at the public expense."

2) „If any person afflicted with leprosy shall be found asking alms, or seeking precarious support, or shall be without any visible means of subsistence, it shall and may be lawful for any Police Magistrate, upon the oath of at least one credible witness, by warrant under his hand directed to any Police Officer or Constable, to cause any such afflicted person to be apprehended and conveyed to the said Asylum, there to be kept, taken care of and maintained at the public expense,

until he or she shall be duly discharged as hereafter provided. And any person or persons making any false oath on any occasion, shall on conviction thereof be liable to be punished as a person or persons guilty of perjury. Provided always that it shall not be lawful for the Governor in Executive Committee to receive and detain any person in the said Asylum by order of any Police Magistrate, unless it shall appear by a certificate under the hand of the Surgeon of the said Asylum, that the person named therein is afflicted with the disease called leprosy.

3) The onus of proof that the leper has the means of subsistence shall be on the person.

4) All persons afflicted with leprosy, who may be placed in the said Asylum shall be there safely kept, and not suffered to quit the same, or to be at large, until the Governor in Executive Committee shall sanction the discharge of such person, and shall signify the same under his hand."

5. Discipline: (Governor to appoint a visiting Justice to hear and determine cases under this Act.)

6. „If any inmate of the Lazaret shall quit it without leave, or shall violate any rule or regulation concerning the government, management or conduct of the Lazaret made by the Governor-Executive Committee, each inmate shall be guilty of an offence under this Act, and on summary conviction before the visiting Justice or any Police Magistrate, shall be liable to imprisonment with or without hard labour, in the case of a first offence, for any term not exceeding one month, and in the case of a second or any subsequent offence, for any such term not exceeding 3. months."

Appendix XIV.

[L. S.] I assent W. F. Haynes-Smith, Saint Christopher-Nevis.

No. 9 of 1890.

An Ordinance to establish a Leper Asylum and to provide for the maintenance of persons afflicted with the disease of leprosy who are unable to support themselves and for the prevention of the spread of the disease.

Preamble.

Be it ordained by the Governor and the Legislative Council of Christopher-Nevis as follows:

Leper Asylum to be at Fort Charles.

1. It shall be lawful for the Governor to establish a Leper Asylum at Fort Charles in the Parish of St. Ann Sandy Point in the Island of Saint Christopher.

District Magistrate may order Leper found wandering about or begging alms to be conveyed to a Leper Asylum and there detained until further orders.

2. Any person who is afflicted with the disease of leprosy who is found wandering abroad without visible means of subsistence or who solicits alms may be taken before a District Magistrate and if satisfied that the person so brought before him is suffering from the disease of leprosy and has no visible means of subsistence or has solicited alms he may order that such person shall be conveyed to a Leper Asylum and there detained until further order.

Order to be in the form of Schedule A.

Every such order may be in the form in the Schedule A to this Ordinance.

Leper may apply to a District Magistrate for an order of admission to a Leper Asylum and Magistrate if satisfied may give such order according to Schedule B.

3. Any person afflicted with the disease of Leprosy may apply to a District Magistrate for an order of admission into a Leper Asylum and if such Magistrate is satisfied that the person so applying is suffering from the disease of Leprosy, and has no means of subsistence he may order that such person be admitted into a Leper Asylum, and there detained until further order.

Every such order may be in the form in the Schedule B to this Ordinance.

No Leper shall prepare or assist in the preparation of food or sell in any shop or store.

4. No person who is afflicted with the disease of leprosy shall prepare or collect or assist in the preparation or collection of food for sale or shall sell or offer for sale any food. Nor shall any person so afflicted sell in any shop or store.

Penalty.

Every person who offends against the provisions of this section may be taken without warrant before a Magistrate who may order such person to be taken to a Leper Asylum and there detained until further order.

Any Leper detained in an Asylum who may be found without may be conveyed back.

5. Any person ordered to be detained in a Leper Asylum who is subsequently found without a Leper Asylum may be conveyed back to a Leper Asylum by an officer of the Police Force or by any rural Constable or by any person authorized in writing by the Inspector of Police.

District Magistrate before making order must obtain the evidence or Certificate of a duly qualified Medical man that the Disease is apparently Leprosy. Such Certificate to be admissable in evidence.

6. The District Magistrate before making any order under this Ordinance shall require the evidence of a duly qualified medical practi-

tioner or the production af a Medical certificate purporting to be signed by a duly qualified Medical practitioner that the disease from which the person brought before him is suffering is apparently leprosy.

A certificate purporting to be signed by a duly qualified Medical practitioner shall be admissible in evidence in any proceediogs under this Ordinance.

There may be an appeal.

There may be an appeal from any order af a District Magistrate under this Ordinance in the manner and form provided by the Magistrates Summary Jurisdiction Acts.

Any person so detained if recovering and found free from Leprosy shall be at once discharged by order of the Governor.

7. When any person ordered to be detained in a Leper Asylum recovers or is found to be free from the disease of leprosy he shall be at once discharged by order of the Governor.

Any person ordered to be detained shall be discharged on furnishing 2 good sureties of Lst. 50 each that when discharged he shall be suitably maintained so as to prevent the risk of spreading.

9. Any person ordered to be detained at a Leper Asylum shall be discharged by order of the Governor therefrom if he furnishes two good and sufficient sureties to be bound by bond each in a sum of not less than Lstr. 50 that the person so ordered to be detained shall when discharged be suitably maintained in such a manner as to prevent risk of spreading the disease and shall receive proper Medical care and attendance.

Penalty.

When the conditions of any such bond are not complied with the said bond shall be enforced and the person so ordered to be discharged shall be again conveyed to a leper Asylum.

The Governor may appoint the necessary officers and servants.

9. The Governor may appoint such officers and servants as may be necessary to maintain any leper Asylum in efficient order and such officers and servants shall hold office during the pleasure of the Governor.

Governor in Council to make Rules.

10. The Governor in Council may make and when made may alter or revoke rules for the proper conduct of any leper asylum and of the inmates and for regulating the manner in which persons may have access to any such asylum or communication with the inmates.

Such rules may provide for the punishment of all persons who do not comply therewith and when no other punishment is provided by the rules every person not complying with the rules shall be guilty of an offence punishahle on Summary conviction and on conviction shall be liable to a penalty not exceeding Lstr. 5 or to be imprisoned with or without hard labour for any period not exceeding one month.

Every such rule shall be published in the Leeward Islands Ga-

zette and thereupon shall, while in force, have the same effect as if enacted in this Ordinance.

Governor may order any prisoner afflicted to be removed to a Leper Asylum.

11. The Governor may order the removal of any prisoner who is afflicted with the disease of leprosy to a leper asylum there to be detained until further order.

Governot may order the removal of any Lunatic afflicted to a Leper Asylum.

12. The Governor may order the removal of any lunatic who is an inmate of any lunatic asylum and who is afflicted with the disease of leprosy to be removed to a leper asylum and there to be detained until further order.

The Governor in Council may make special regulations for persons convicted of crime and who may become afflicted.

13. The Governor in Council may make special regulations with respect to persons who have been convicted of any crime or offence and who have become afflicted with leprosy during the term of their sentences and with respect to persons so afflicted who are insane.

No afflicted person shall be allowed to land in Presidency.

14. No person who is afflicted with the disease of leprosy arriving from without the Colony shall be allowed to land and if any person so arriving and who is so afflicted lands in the Presidency such person may at once be conveyed back on board the vessel in which he came.

Penalty on Master of Vessel Lst. 10.

The Master or person in charge of any vessel in which any person suffering from Leprosy is brought to this Presidency who brings such person as aforesaid to this Presidency or permits any person so suffering to leave his vessel when within two miles of the said Presidency shall be guilty of an offence punishable on summary conviction and on conviction shall be liable to a penalty for each such person so brought or who so leaves such vessel in a sum not exceeding ten pounds.

Vessel may be detained until final determination of any charge made under this section and until fine is paid. — Vessel under 60 tons liable to forleiture.

The vessel in which any such person is so brought or from which any such person so lands, may be detained by any officer of the Government or any Police constable or by any rural constable until the final determination of any charge made under this section, and in case of conviction until any fine thereby imposed is paid and if the vessel be of less than sixty tons burden it shall be liable to be forfeited by the Magistrate so determining such charge as aforesaid in addition to the payment of the penalty.

District Medical Officers shall when required furnish returns setting forth the number of cases of leprosy.

15. The district medical officers shall when required by the Governor furnish returns showing the numbers of cases of persons within their district suffering from the disease of leprosy.

Governor may defray the necessary expenditure for the maintenance of the Leper Asylum.

16. The Governor may by warrant under his hand defray the expenditure which may be required for the establishment and proper maintenance of a Leper Asylum and of the inmates thereof from such funds as may be voted for the purpose by the Legislature.

Offences to be dealt with under Magistrates Summary Jurisdiction Acts.

17. All offences against this Ordinance shall be dealt with upon information laid in the name of an officer of the Government under the Magistrates Summary Jurisdiction Acts.

Title or Citation.

18. This Ordinance may be cited as „The Leper Ordinance 1890.

Passed the Legislative Council this 9th day of October 1890.

T. P. Beridge, Clerk.

Dated at Antigua the Twenty-eighth day of October, 1890, in the Fifty-fourth year of Her Majesty's Reign.

Duly published at Basseterre, St. Christopher this thirtieth day of October 1890.

J. G. Piguenit, Actg. Registrar.

Appendix XV.

[L. S.] I Assent. F. Fleming. 16 th May 1896.

Antigua.

No. 8 of 1896.

An Act to provide for the care and maintenance of indigent lepers and to prevent the dissemination of leprosy.

Be it enacted by the Governor and Legislatire Council of Antigua as follows:

Short title.

1. This Act may be cited for all purposes as ,,The Lepers Act, 1894."

Commencement.

2. This Act shall come into operation on a day to be named in that behalf by the Governor by proclamation to be published in the Gazette.

Interpretation.

3. In this Act —

The term „leper asylum“ means leper asylum established under this Act;

The term „inmate of a leper asylum“ means person ordered under this Act to be detained in a leper asylum; and

The term „public place“ includes square, road, street, ally, court, path, sidewalk, wharf, pier, jetty, bridge, court-house estate, shop and every open space, building and other place to which the public have access or are admitted without payment.

Establishment of Leper Asylums.

4. — (1.) It shall be lawful for the Governor, by proclamation to be published in the Gazette, at any time and from time to time to declare that any lands and any buildings erected there-on belonging to or under the control of the Government shall constitute, and immediately on such proclamation being made such lands buildings shall constitute, an asylum for lepers.

(2.) It shall be lawful for the Governor by proclamation from time to time to alter and at any time to revoke any procalamation made under this section.

Appointment of Officers and Servants of Leper Asylums.

5. — (1.) The Governor may appoint such officers and servants as he may consider necessary for every leper asylum, upon such terms and conditions as to him may seem meet and with such salaries and allowances as may from time to time be voted by the Legislative Council.

(2.) Every officer appointed under this section shall hold office during pleasure.

Compulsory segregation of vagrant indignent, of mendicant and of obnoxious lepers.

6. — (1.) Any person afflicted with leprosy who is found wandering abroad without visible means of subsistence, or who solicits alms, or who wilfully exposes his leprosy in any public place to the disgust and annoyance of the inhabitants of this Presidency, may be taken before a Magistrate; and if a Magistrate is satisfied that a person brought before him is afflicted with leprosy and has been found wandering abroad, having no visible means of subsistence, or has solicited alms, or has exposed his leprosy as aforesaid, he may order such person to be taken to a leper asylum and there detained until further order.

Schedule A.

(2.) Every such order may be in the form given in Schedule A to this Act.

Compulsory segregation of lepers doing certaiu acts.

7. No person afflicted with leprosy shall prepare or collect or assist in the preparation or collection of any food for sale or sell or offer for sale any food, nor shall any person so afflicted sell in any

shop or store; and every person offending against any of the provisions of this section may be taken without warrant before a Magistrate, who may order such person to be taken to a leper asylum and there detained until further order.

Voluntary seclusion of merely indignent lepers.

8. — (1) Any person afflicted with leprosy may apply to a Magistrate for an order of admission to a leper asylum; and if the Magistrate is satisfied that such person is afflicted with leprosy and has no means of subsistence, he may order that such person be admitted into a leper asylum and there detained until further order.

Schedule B.

(2) Every order made under this section may be in the form given in Schedule B. to this Act.

Removal of leprous prisoners to a leper asylum.

9. The Governor may order any person undergoing imprisonment who is afflicted with leprosy to be removed to a leper asylum and there detained until further order.

Removal of leprous lunatics to a leper asylum.

10. The Governor may order any lunatic confined in a lunatic asylum to be removed to a leper asylum and there detained until further order.

Power to make rules with regard to leprous prisoners and lunatics.

11. The Governor in Council may make special regulations with regard to prisoners and lunatics who are inmates of a leper asylum and such regulations, when published in the Gazette, shall have the force of law.

Removal of lepers from one asylum to another.

12. Any inmate of a leper asylum may at any time by order of the Governor be removed from such leper asylum to any other leper asylum and there detained until further order.

Escape from leper asylum.

13. (1) If any inmate of a leper asylum shall quit the same without leave or shall escape from custody, while in course of removal to a leper asylum —

a) He may be taken to the leper asylum by any leper asylum officer, police officer or rural constable or by any person authorized in that behalf in writing by a District Magistrate or the Inspector General or an Inspector of Police; and
b) He shall be liable on summary conviction to imprisonment with or without hard labour, in the case of a first offence, for any term not exceeding one month, and in the case of a second or any subsequent offence for any term not exceeding three months.

(2.) Every person sentenced to imprisonment under this section

shall, for the purpose of undergoing such imprisonment, be deemed to have been sentenced to imprisonment under Section Sixteen, Sub-section Two, of this Act.

Discharge from leper asylum.

14. (1) When any inmate of a leper asylum recovers or is found to be free from leprosy, he shall be at once discharged by order of the Governor; provided that such discharge shall not affect any sentence of imprisonment to which he shall be subject nor any order for his detention in a lunatic asylum.

(2) Any inmate of a leper asylum, not being under sentence of imprisonment or a lunatic, shall be discharged therefrom by order of the Governor, if he furnishes two good and sufficient sureties, to be bound by bond each in a sum of not less than fifty pounds, that such inmate shall, when discharged, be suitably maintained in such manner as to prevent risk of spreading the disease and shall receive proper medical care and attendance.

(3) When any of the conditions of any such bond are not complied with, the bond shall be enforced, the order for the detention of the person so ordered to be discharged shall revive, and such person shall be again taken to a leper asylum.

Power to make rules to regulate leper asylum.

15. (1) The Governor in Council may make, alter and revoke rules to regulate the government and management of any leper asylum and the inmates thereof and the powers und duties of the visiting justice or justices and the officers and servants thereof.

(2) Such rules may provide for the punishment of any breach of them, and, when no other punishment is provided by such rules, every person, not being an inmate, an officer or a servant of a leper asylum, who shall contravene any of them shall be liable, on summary conviction, to a penalty not exceeding five pounds or to be imprisoned, with or without hard labour, for any term not exceeding one month.

(3) Every such rule shall be published in the Gazette and thereupon, while in force, shall have the same force and effect as if enacted in this Act.

Appointment and jurisdiction of visiting justices of leper asylum.

16. (1) It shall be lawful for the Governor to appoint a District Magistrate or two or more justices of the peace to be visiting justice or justices of any leper asylum, and such visiting justice or justices shall have jurisdiction to hear on oath and determine all cases against inmates, officers or servants of the leper asylum arising under this Act, and no appeal shall lie against the decision or sentence of such visiting justice or justices.

(2) If any inmate, officer or servant of a leper asylum shall violate any rule made under this Act, he shall be liable, on conviction before the visiting justice or justices, where no other punishment is provided by the rules, to imprisonment, with or without hard labour, in the case of a first offence, for any term not exceeding one month, and in

the case of a second or any subsequent offence, for any term not exceeding three months.

3. Any person sentenced to imprisonment under or by virtue of any of the rules or Sub-section Two of this section may be imprisoned in any part of the same or any other leper asylum appointed by the Governor in Council for the confinement of such offenders; provided that for any reason approved by the Governor any such person may be imprisoned in the ordinary prison.

4. Every appointment of a place of confinement made under this section may at any time be varied or revoked by the Governor in Council.

5. Every place of confinement appointed under this section shall be deemed to be a prison and shall be subject to the laws and regulations for the time being in force for the government of prisons, so far as the same may be applicable thereto.

Trespass on leper asylum.

17. Every person not having official business at a leper asylum who shall go within the limits of such asylum without the permission of the officer in charge thereof shall be liable on summary conviction to a penalty not exceeding five pounds or to imprisonment for a term not exceeding one month.

Employment of lepers to do certain act.

18. Every person who shall knowingly employ a person afflicted with leprosy in the preparation or collection of food or in the sale of any article of food or to sell in any shop or store shall be liable on summary conviction to a fine not exceeding twenty-five pounds or to imprisonment with or without hard labour for any term not exceeding three months.

Exclusion of foreign lepers.

19.—(1.) No person, not being a native of this Presidency, who, being afflicted with leprosy, arrives from without the Colony, shall be allowed to land in this Presidency, he may at once be taken back on board the vessel in which he came, which may be detained for the purpose by the Harbour Master or any Treasury officer, police officer or rural constable.

(2.) The master or person in charge of any vessel in which any person afflicted with leprosy, not being a native of this Presidency, is brought to this Presidency who brings such person to this Presidency or permits such person to leave his vessel, when within two miles of this Presidency, shall be liable on summary conviction to a penalty not exceeding ten pounds for each such person so brought or leaving his vessel.

Prosecution.

20. All offences against this Act, except such as are within the jurisdiction of a sitting justice or justices, shall be dealt with upon information laid in the name of a government officer under the Magistrates' Summary Jurisdiction Acts.

Evidence.

21.—(1.) A Magistrate, before making any order under Section 6, 7 or 8 of this Act, shall require the evidence of a duly qualified medical practitioner, or the production of a certificate purporting to be signed by a duly qualified medical practitioner, that the person brought or coming before him is apparently afflicted with leprosy.

(2.) A certificate purporting to be signed by a duly qualified medical practitioner that a person is apparently afflicted with leprosy shall be admissible in evidence in any proceedings under this Act.

Appeal.

22. There may be an appeal from any order of a Magistrate under this Act in the manner and form provided by the Magistrates' Summary Jurisdiction Acts.

Finance.

23. The Governor may by warrant under his hand defray the expenditure which may be required for the establishment and proper maintenance of any leper asylum and of the inmates thereof from such founds as may be voted for the purpose by the Legislative Council.

Statistics.

24. The District Medical Officers shall, when and as required by the Governor, furnish returns of the persons, if any, afflicted with leprosy within their Districts.

Wm. H. Whyham, President.

Passed the Legislative Council the 30. April, 1896.

W. M. Gordon, Clerk.

Dated at Antigua the sixteenth day of May, 1896, in the fifty-ninth year of Her Majestys reign.

Duly published at Antigua the 18the day of May, 1896.

O. Humphrys, Provost Marshal.

Appendix XVI.

Trinidad and Tobago.

No. 6. — 1890. 3rd. March.

An Ordinance to amend the law relating in the care and maintenance of Lepers and Paupers in Hospitals and Asylums.

Be it enacted by the Governor of Trinidad and Tobago with the advice and consent of the Legislative Council thereof as fellows:—

Short Title.

1. This Ordinance may be cited for all purposes as „The Hospitals and Asylums Ordinance, 1890."

A Visiting Justice to be appointed to hear and determine cases under this Ordinance.

2. It shall be lawful for the Governor to appoint a Stipendiary or other Justice of the Peace to be Visiting Justice of any Hospital, Leper Asylum or of any other Public Asylum for the reception of Paupers now or hereafter to be established in the Colony, and such Visiting Justice shall have jurisdiction to hear and determine all cases arising under this Ordinance.

Offences under this Ordinance.

3. If any leper or pauper in any such Leper or other Asylum or any patient in such Hospital shall violate any Rule or Regulation concerning the government, management or conduct of such Hospital or Asylum made by the Governor in Executive Council, such leper pauper or patient shall be guilty of an offence under this Ordinance, and on Summary Conviction before the Visitig Justice shall be liable to imprisonment with or without hard labour, in the case of a first offence, for any term not exceeding one month, and in the case of a second or any subsequent offence, for any term not exceeding three months.

Persons sentenced under this Ordinance may be imprisoned in a proper place of confinement at the Asylum.

4. Any person sentenced to imprisonment under the last preceding Section of this Ordinance may be lawfully imprisoned in a proper place of confinement to be provided for that purpose at such Hospital, Leper or other Asylum by the Governor, any law or usage to the contrary notwithstanding: Provided that for any sufficient reason to be approved by the Governor, any person who may be sentenced as aforesaid may nevertheless be imprisoned in an ordinary prison.

Such place may be changed from time to time.

5. The place of confinement provided at such Hospital, Leper or other Asylum may, if necessary, be changed from time to time.

Such place of confinement to be deemed a prison.

6. The said place of confinement shall be deemed and taken to be a prison, and shall, so far as the same are applicable thereto, be subject to any Regulations for the time being in force for the government of prisons within this Colony.

Passed in Council this Third day of March, in the year of Our Lord one thousand eight hundred and ninety.

Acting Clerk of the Council.

Appendix XVII.

Laws of British Guiana.

Ordinances 1870, re Lepers.

1. Short Title: „Leper Asylum Ordinance 1870.“
2. Leper Asylums: Power to establish.

3. Leper Asylums: Power of removal.
4. „ „ Appointment of Officers.
5. „ „ Control of Asylums.
6. Admission to Asylums.
7. Leper Vagrants: (1) It shall be lawful for any Stipendiary Magistrate, on information on Oath of any credible witness, that any person afflicted with Leprosy has been wandering about begging or collecting alms, or seeking precarious support, or wilfully or intentionally exposing his Leprosy in any public road, street or place to the disgust and annoyance of any inhabitants of the Colony to summon such person to appear before him, or if he thinks it necessary, such Magistrate shall issue a warrant, under his hand directed to any Constable or Officer of Police, authorizing or directing such Constable or Officer of Police to cause any such person to be brought before him at a time and place to be specified in that summons or warrant.

(2) If, on the hearing of the case it is made to appear to the satisfaction of such Magistrate, upon the oath of any medical practitioner duly admitted to practise in this Colony, that such person is afflicted with Leprosy, and it is made further to appear, upon the oath of some credible witness, that such person has been seen wandering abroad begging and collecting alms, or seeking precarious support, or wilfully or intentionally exposing his Leprosy in any public road, etc., to the disgust, etc. — then it shall and may be lawful for such Magistrate, unless security is given, as hereinafter provided, to make an order, subject to the approval of the Governor, for the removal and conveyance of such person to a Leper Asylum, and, on approval of such order by the Governor, any Constable or Officer of Police, thereto directed by such Magistrate, shall remove and convey such person to such Leper Asylum as may be designated by the Governor, there to be detained until discharged by order of the Governor or of a Judge, as hereinafter provided.

(3) If, on the hearing of the case, the person so afflicted or anyone on his behalf, gives security to the Crown Solicitor, by a bond to his satisfaction, to the amount of 96 Dollars, that such person shall be properly maintained and treated in private, and shall not be suffered to be at large, the Stipendiary Magistrate shall abstain from making an order of removal."

8. Re Admission to Asylum of Lepers able to Support themselves.
9. Re Discharge of Leper on security being given for treatment in private.
10. Re Discharge of Leper on certificate of a medical practitioner.
11. Re Petition of Leper to a judge for discharge.
12. „(1) No person afflicted with Leprosy shall be in any way em-

ployed, whether for hire or not, in the preparation for sale, or in the sale of any article of human food.

(2) In case any such person be so employed, the person knowingly employing him shall be guilty of an offence, and being convicted thereof, shall be liable to a fine not exceeding 96 Dollars, or to imprisonment for any term not exceeding 3 months."

13. Re penalties on persons trespassing in the Asylum.

14. 15. 16. } Miscellaneous provisions on procedure, etc.

Appendix XVIII.

Ordinance No. VII of 1893.

An Ordinance enacted by the Governor of Malta, with the advice and consent of the Council of Government thereof:

For checking the spread of the disease commonly known as leprosy.

Preamble.

Whereas it is expedient to make provisions for checking the spread of the disease commonly known as leprosy, it is hereby enacted and ordained by His Excellency the Governor, with the advice and consent of the Council of Government, as follows:

Duty of certain persons to report cases of leprosy.

Article 1. Every Physician or Surgeon who, in the exercise of his profession, observes any case of the disease commonly known as leprosy, shall, within twenty-four hours, make a report thereof to the Chief Government Medical Officer.

The same obligation to make the said report lies on the person who occupies or has the management of the house or other place in which any person suffering from the said disease dwells: in this case, however, the term for making the report referred to in the preceding article is one month, to be reckoned, in regard to cases of leprosy existing before the promulgation of this Ordinance, from the day of such promulgation, and, in regard to all other cases, from the day on which the said persons became aware of such disease.

Ascendants, descendants, a husband or a wife, brothers, sisters, and persons related by affinity in the said degrees, are not liable to the provisions of the preceding paragraph.

The punishments for any breach of the provisions contained in the preceding paragraphs, shall be those established for contravention.

2. It shall also be the duty of the Superintendent of Police to make to the said Chief Medical Officer a report of any cases of

the disease mentioned in the preceding article, of which he may become aware.

Powers of the Head of the Government.

3. The Chief Government Medical Officer, upon the receipt of the report referred to in article 1, shall submit it to a Medical Board to be composed of five physicians, of whom only three shall be in the service of the Government. If the Board be of opinion that the person therein mentioned is suffering from the said disease, the Board shall immediately communicate such opinion to the Government in writing; and in any such case the Head of the Government may, by warrant, order that such person shall be removed to an Asylum for lepers in these islands, to be there detained during the whole period of the disease.

Certain punishments.

4. Whoever shall knowingly harbour or cause to be harboured any person suffering, or suspected to be suffering, from leprosy, with intent to conceal such disease, or to prevent the removal of such person to the Asylum referred to in the preceding article, shall be liable to the punishments established for contraventions.

Provisions relating to the asylum for lepers.

5. Persons detained in the said Asylum may be seen by their relations and friends under such regulations as shall be made by the Head of the Government, and approved by a resolution of the Council.

6. In the said asylum males shall be separated entirely from females.

Maintenance of lepers in the asylum.

7. Each person detained in the said Asylum shall be maintained at the expense of the Government, saving the right of the Government to be reimbursed by those who are bound according to law to supply maintenance.

The officer in charge of the Asylum may, however, allow persons therein detained to provide meals at their own expense.

The inmates of the asylum may leave the island.

8. Any person detained in the Asylum may leave the island for the purpose of fixing his residence abroad.

Passed the Council of Government at Sitting No. 17. / March 1, 1893.

Emilio de Petri,
Clerk to the Council.

(L. S.) Assented to this 6 th day of March 1893.

H. A. Smyth,
Governor.

By command G. Strickland,
Chief Secretary to Government.

Appendix XIX.

Cyprus.

No. IV, 1891.

A Law enacted by His Excellency the High Commissioner and Commander-in-Chiew of the Island of Cyprus, with the advice and consent of the Legislative Council thereof.

To regulate the segregation and treatment of Lepers in Cyprus.

Henry Bulwer. 22nd April 1891.

Be it enacted by His Excellency the High Commissioner and Commander-in-Chief of the Island of Cyprus, with the advice and consent of the Legislative Council thereof, as follows:

High Commissioner may establish Leper asylums.

1. It shall be lawful for the High Commissioner in Council from time to time to appoint any place as he shall think fit to be a Leper Asylum, for the segregation and treatment of Lepers.

Every Leper Asylum under the provisions of this Law shall comprise such area as the High Commissioner shall from time to time define by Order published in the Official Gazette.

Provision as to existing „Leper farm".

2. The place now and heretofore known as the Leper farm or asylum situate about a mile and a half South-East of Nicosia shall be deemed to be a Leper Asylum under the provisions of this Law and all acts heretofore done and suffered with regard to the conveyance of Lepers to and the segregation, support and treatment of Lepers in the said Leper farm or asylum shall be deemed to have been done and suffered in accordance with Law.

Lepers may build sepaiate dwellings for their own use.

3. Any person detained as a Leper in a leper Asylum may by the special permission of the High Commissioner erect or cause to be erected for himself a dwelling house, at his own proper expense within the limits of the Leper Asylum in which he is detained, subject to such conditions as to plan, site, drainage and otherwise as the High Commissioner shall seem fit.

Penalty for not giving information of the existence of Lepers.

4. It shall be the duty of every person having knowledge of the existence of a Leper or a person reasonably suspected of being a Leper in any place outside the limits of any Leper Asylum, to give information thereof to the Mukhtar of the village or quarter in which such Leper or suspected Leper resides or is found; and such Mukhtar shall forthwith report the same to the Commissioner of the District. Every person wilfully neglecting to give such information as aforesaid, and every Mukhtar wilfully neglecting to report the same as aforesaid

15*

shall be guilty of an offence, and shall be liable for each such offence to a fine not exceeding five pounds.

Enquiry into cases of leprosy.

5. On the receipt of such report as aforesaid, the Commissioner of the District shall forthwith forward such report to the Chief Secretary to Government for the information of the High Commissioner and such inspection and examination of the alleged Leper shall be held and such report made thereon as the High Commissioner shall order, or as shall be from time to time prescribed by such general regulations in that behalf as shall from time to time be approved by the High Commissioner in Council.

Power to High Commissioner to order Lepers to be removed to and detained in Asylum.

6. After such inspection, examination and report as aforesaid, it shall be lawful for the High Commissioner if he shall think fit, to order the Leper or alleged Leper to be removed to and detained in a Leper Asylum. Provided always that no person shall be detained in a Leper Asylum unless a certificate shall have been given by two qualified medical practitioners, one of whom shall be the Chief Medical Officer of the Island, that such person is actually suffering from the disease of leprosy.

Lepers not to leave asylum without permission.

7. No person detained as a Leper in a Leper Asylum shall leave the asylum without the permission in writing of the Chief Medical Officer. And every person acting in contravention of this clause shall be guilty of an offence and shall be liable for each such offence to imprisonment not exceeding three months.

No person to enter Leper Asylum without permission.

8. Every person found within the limits of a Leper Asylum without the written permission of the Chief Medical Officer or without lawful authority shall be guilty of an offence and shall be liable for each such offence to a fine not exceeding five pounds.

Chief Medical Officer and Medical Officer in charge of any Leper Asylum to exercise powers of Magisterial Court in Asylum.

9. The Chief Medical Officer shall have and exercise all the powers of a Magisterial Court with respect to all offences committed by persons detained as Lepers in a Leper Asylum and shall also have power to hear and determine all complaints of offences punishable under clause 7 of this Law. And it shall be lawful for the High Commissioner, from time to time, tn appoint any Medical Officer having charge of any Leper Asylum to have and exercise all the powers of a Magisterial Court therein. Every decision given under the provisions of this clause shall be subject to the same rights of appeal as decisions of Magisterial Courts constituted under the provisions of „The Cyprus Courts of Justice Order, 1882.“ And the High Commissioner with the advice and assistance of the Chief Justice may from time to time under the hand and seal of the High Commissioner

and the hand of the Chief Justice make Rules of Court for the purpose of regulating the sittings and procedure of Courts to be held under the provisions of this clause and may in like manner from time to time revoke, amend or vary such Rules of Court.

Regulations to be made by High Commissioner.

10. It shall be lawful for the High Commissioner in Council from time to time to make such Regulations as may be deemed necessary:

1. for the removal of Lepers to a Leper Asylum;
2. for the proper management and sanitation of the Leper Asylum or Asylums;
3. for the discipline and good order of the inmates of such asylum or asylums;
4. for the custody and imprisonment within such asylum or asylums of Lepers accused of and found guilty of offences;
5. generally for the better carrying out of the provisions of this Law and for the well being of such asylum or asylums and the inmates thereof;

and from time to time to revoke amend and vary such Regulations.

All Regulations made under the provisions of this clause shall be published in the Official Gazette, and from the date of such publication shall have the same force and effect as if they were enacted in and formed part of this Law.

Every person acting in contravention of any Regulation made under the provisions of this clause shall be guilty of an offence, and shall be liable for each such offence to a fine not exceeding five pounds or to imprisonment for any term not exceeding one month.

Short Title.

11. This Law may be cited as „The Lepers Law, 1891.“

Passed in Council this sixth day of April, in the year of Our Lord one thousand eight hundred and ninety-one.

G. Smith, Clerk of Council.

Endemic Leprosy in Louisiana.

With a Logical Argument for the Contagiousness of This Disease.

By

Isadore Dyer (New Orleans).

The origin and course of leprosy in Louisiana have only been touched upon in passing by the historians who have made the history of this state. The notice has been sufficiently emphatic, however, to have demanded a more complete medical record than does exist.

The question of endemic, or indigenous leprosy in Louisiana is so important that I have had reference to the available historical and medical data bearing on this point, and in the following pages I have brought the question down to the present day.

The first mention of leprosy in the Southern States was made by Bernard Romans (1), who refers to its introduction from the West Indies, a conclusion more than probable as at least one series of cases in the state of Louisiana can be traced to Martinique. The disease is usually accredited to the immigration of the Acadians from Nova Scotia between 1756 and 1760 and to their settlement in the „Lafourche" and „Teche" districts, so named after the bavous which are known by these terms. At any rate, Xavier Martin (2) relates the erection of an hospital for the indigent lepers who were found in the streets begging and exposing all to a contagion, at that time appreciated. This was accomplished in 1785, under Miro's administration. On the tomb of Don Andres Almonester, at the St. Louis Cathedral in New-Orleans, a slab bears an inscription, among other benefactions related, of the fact that this hospital was founded by him.

The hospital erected by the cabildo stood „on a ridge of land (now known as Metairie Ridge) in the rear of the city, between it and the Bayou St. John, which is probably the ridge anciently separating the waters of the Mississippi and those of Lake Pontchartrain" (Martin-cit.).

Gayarré refers (3) to this hospital and its site as known by the name of „La terre les lépreux", where „in a few years the number of patients gradually diminished, either by death or transportation, the disease disappeared almost entirely, the hospital went into decay, and

Leper's Land remained for a considerable length of time a wild looking spot".

In the last decade of the eighteenth and first decade of the nineteenth century, the leper hospital underwent awful vicissitudes, gradually became deserted and its site was abandoned to other uses.

In 1800, Dr. Luis Giovellina, impressed with the necessities of the hospital, and realizing the urgency for its better care, addressed a letter to the cabildo, or city council, strongly pleading for the prompt attention of this body: „The inmates," said he, „numbering not less than seven are made to undergo much discomfort from restricted space and the faulty condition of the building as well as from the absence of efficient nurses to administer to their wants, attend to the cooking and maintain cleanliness in their quarters; and whereas these objectionable conditions obviously preclude any possibility of further accommodating patients similarly afflicted, hailing from the city or its surroundings, who from the very contagious nature of the disease would endanger public health, your informer, complying with his obligations of his trust, deems it his duty to lay this matter before your worships, so that being thus apprised, you would be induced to adopt proper measures to remedy existing evils.

„These measures, beyond doubt, should necessarily be directed toward repairing and enlarging said hospital, increasing the number of its attendant personnel, allotting separate quarters to patients with due regard to their sexes, providing each individual patient with his own nurse, in order to more satisfactorily carry out special indications and, finally, improving the adjoining road which, at the present time, cannot be at all traveled over. Should the hospital's resources now prove inadequate generous help from private quarters will amply supplement the pecuniary deficiency, especially for the purpose of defraying the monthly salaries of a negro and negress whose services will be strictly required in nursing the sick, maintaining cleanliness throughout the building, and attending to the kitchen and laundry.

„Your informer, furthermore, volunteers his services not only in attending patients of said hospital with unremitting solicitude, as circumstances may require, but also to gratuitously furnish the drugs it may require, with the conviction that his medical brethren in the city will not hesitate to follow in his wake, and especially lend him assistance in the event of his being prevented in carrying out his promise. Wherefore I beg your worships that you should land your attention to this matter which is one of so great importance as much to the cause of suffering humanity as to that of public safety, by thus averting the evils which a disease of this kind night beget were its presence tolerated in this city and its environs. May, then, your accredited patriotic zeal and noteworthy philanthropy provide means to avert the fatal serious results which might arise were this pestilential evil allowed to pursue its course of propagation.

New Orleans, September 18, 1800.

(Signed) Giovellina." (4)

How much more reasonable, then, to conclude that the neglect of the patients, and the abandonment of the care of the hospital, either

for repairs or management, were the reasons that no more lepers were observed, than to believe, with Gayarré, that the patients „died or were transported.“ Giovellina states specifically that the building was out of repair, that more space was needed for the inmates then confined and for others (of which he must have been informed) at large. Further than this, he implies that the patients were without medicine and without medical attention, and that the road to the hospital was impracticable. We must consider also that these inmates were indigent lepers, taken off the streets, and we have no record of the cases, which must have existed, able to take care of themselves, or to be cared for, at home.

That the effort of Giovellina and his warning went unheeded are readily evident from the following letters (quoted in part) in 1807 from Mayor James Mather to the council.

I.

..... „Authorization is asked by residents on the Bayou Road to remove earth from the grounds belonging to the Lepers Hospital, by digging a canal which will drain their road into the rear of that property.

The following questions obviously suggest themselves: 1. Have you a legal right to remove this earth, and should not its use be strictly applied to the improvement of the location allotted to this hospital, barring such of it as may be required for the repairs of the public road in its front?

2. Can you fasten upon this institution a servitude from which it was originally exempt? Besides, were you to decide to **rebuild this hospital**, have you ever considered the noxious results arising from the stagnant water around it and their influences upon the patients? It seems to me strictly essential, gentlemen, that this property should in compliance to the spirit which guided its foundation, be improved to the utmost.

New Orleans, April 22, 1807.

(Signed) Jas. Mather, Mayor.“ (5)

II.

„I have the honor to inform you, gentlemen, that the guard-house attached to the Lepers' Hospital, the roof of which is still in good condition, is now open on all sides, and is the head-quarters of a band of Indians who have already all the lumber which could be detached therefrom without destroying the roofing. They will, no doubt, ultimately accomplish its total destruction. I deem it, gentlemen, of interest to the city's rights in the matter that the police station be preserved and repaired at once, and that we should dedicate the land to some particular use. It may be offered to the Parish Judge as a public Pound, or we may lease it to some one for gardening, etc. etc. At the present time the whole neighborhood is complaining of the annoyance they experience from the sojourn of the Indians about them,

5) Letters to City Council 1807. — James Mather, Mayor of New Orleans.

and you may well conceive the disorder which such vagabonds are apt to commit. (Signed) J. Mather, Mayor." (5)

June 3, 1807.

No attempt was made to restore the hospital, and the community quietly drifted into a blindly apathetic indifference to the presence of the disease, which could not have been eradicated nor kept under control by such loose methods. No definite history of prevalent leprosy could be found from this time until 1878 a period of over seventy years. In this time cases were constantly admitted to the Charity Hospital. The total number found in the Charity Hospital Records (6), of which there was not a complete file (appendix C), was 112, of these, however, it is hard to determine how many have been entered more than once. For these cases remained in the hospital at times for several years, and often were admitted and readmitted several times within the year. These cases are separately tabulated, then, and are not hold as „definite" cases. The evidence they bring is only correlative, to show that during the period from 1857—1878, leprosy still existed, and that there were cases so far advanced as to require hospital aid and treatment, arguing for an endemic disease. At that time, a gradually increasing alarm had led to a sense of obligation on the part of the State Board of Health, until finally its president, Dr. Joseph Jones (7), decided upon an investigation of leprosy in Louisiana. So much publicity had been given this proposed movement, that little assistance could be obtained by this officer of the public health. He is apologetic for the report he does make and in reporting a total of 37 cases collected from 1877 to 1880, from all sources, he states that the popular impression that the Board of Health proposed seizing all lepers found and transferring them to some island in the Gulf of Mexico and then to abandon them caused a general attempt at concealment. From these cases (see appendix for tables) the conclusion was drawn that the disease had existed for some time as there were in one family five cases, and two other cases of the 37 reported were living in the neighborhood of these and were quite intimate. In several other families, the disease had been known for two or three generations.

Giovellina's warning then had been slowly prophetic. The disease had grown steadily, in several districts, notably in New Orleans, and in the Lafourche district, without knowledge of contact with other cases, and in different families, more or less removed-all cases, however, appearing in sections where the disease had a legendary existence for years.

In 1879, Dr. L. F. Salomon (8) reported six cases in New Orleans in paper read before the State Medical Society.

All doubt as to the prevalence of the disease was now removed and soon measures were taken by the City of New Orleans to isolate

5) Letters to City Council 1807. — James Mather, Mayor of New Orleans.

7) Jones, Result of Investigation of Leprosy on Bayou Lafourche, Louisiana 1880 and Report on Leprosy. N. O. Med. and Surg. Journ. 1877—1878.

8) Salomon, On the Existence of Leprosy in Louisiana, N. O. Med. and Surg. Journ. 1879. p. 1030.

those affected with the disease. A pest house was arranged to which these victims were sent, under a vile contract, by which the contractor profited and the patients suffered (9).

(In 1880, Harang (10) (See Bibliography), called attention to the inaccuracy of Dr. Jones investigation, and in 1881, Bruns (11) reported cases, but in the published article (12), the table was emitted.

In 1883, Smith (D. T.) reported two cases of leprosy in Gretna, one of the outlying suburbs of New Orleans, cross the Mississippi river. Both patients were natives of Louisiana.

In 1885, Jamison (13) reported 5 cases in children-all natives of Louisiana.

In 1883, Dr. H. W. Blanc (14), began the first systematic study of the disease undertaken in the state. His work was carefully done and his cases carefully recorded. After less than 3 years observation, he reported forty-two cases and called particular attention to the large proportion of cases born and living in the Third District — not far removed from the old leper hospital site. His conclusions bore large evidence of the relation of foreign parentage to the occurrence of the disease, and he noticed the comparatively large number among his cases of foreign birth (see appendix for table).

In 1890, a vagrant leper was found on the streets of New Orleans and was arrested and sent to the Parish jail, notwithstanding his condition (15).

In 1891, Bergé (16) reported four cases treated with chaulmoogra oil, two of whom were of foreign birth.

In 1892, Blanc (14a) reported 83 cases, forty-one in addition to those recorded above.

Meantime as many as ten patients had been collected at the pest house, where they lived a doubtful existence. Their medication was scarcely administered and food scantily supplied. As a result of this state of things and through the persistent offort of the daily press, the Legislature, of 1894, passed a bill after several amendments creating a Board of Control, which should establish and maintain a home for lepers, while the act also provided for the detention of lepers and other proper commitment (see appendix for laws).

As at first framed, the bill was arranged for political profit, but by a systematic effort on the part of the profession this was defeated. The resolutions adopted by the Orleans Parish Medical Society and referred to the Lagislature were finally adopted and framed in the bill as passed. These resolutions formed the concluding portion of a report read by the author iu June, 1894, before the Orleans Parish, Society, in which argument was made for a discriminate legislation. In this report 25 cases were recorded. (17).

14) Blanc, H. W., One Year of Dermatology. N. O. Med. and Surg. Journ. 1887—1888. p. 597. „A few Cases of Leprosy". „Leprosy in New Orleans. N. O. Med. and Surg. 1888—1889.

15) Daily States. N. O. Nov. 18. 1890.

14a) Blanc, „A Review of Five Years of Dermatological Practice in N. O." N. York. Med. Journ. March. 12, 1892. p. 165.

17) Dyer, „Report on the Leprosy Question in Louisiana." N. O. Med. and Surg. Journ. July 1894.

The leper home was finally established, in spite of the difficulty of securing a site and the ten patients from the pest house were removed to the new home, situated in one of the Country Parishes (Iberville) about 80 miles from New Orleans.

A systematic medical management was established and a methodic system of treatment adopted.

In the first annual report (18) published in 1896, prepared by the author, then president of the Board, the resident physician (Dr. L. A. Wailes), reported 31 cases, 23 of whom were born in Louisiana.

In June, 1896, owing to restrictions in the medical offices at the Home, and for the presence of politics within the Board of Control, the author resigned. Since then five cases have been admitted to the home — all since January 1897 — four since May 1. (19).

In addition to the twenty — five cases referred to above — the author has recorded 73 cases (see table in appendix). In addition to these, in the month of August, 1897. Dr. Kibbe (20), of Abbeville, La., has sent me a list of four cases, and reports two cases, children of one of the four cases-as suspicious.

Dr. W. F. Harang, of Raceland, La. (21), has reported sixteen cases, three dead, with the following significant commentary „there are some dozen cases of recent date, all contracted among the families above mentioned" — the infected areas in Louisiana are wide spread involving the following Parishes: as a glance at the tables appended will show:

Orleans Parish (New Orleans).	Ascension Parish.
Jefferson Parish.	Assumption Parish.
St. Bernard Parish.	Calcasieu Parish.
Vermillion Parish.	Ibevia Parish.
St. John the Baptist Parish.	Lafayette Parish.
St. James Parish.	Lafourche Parish.
St. Landry Parish.	Plaquemines Parish.
Livingston Parish.	St. Martins Parish.
Iberville Parish.	St. Marys Parish.
Batowkovyl (East) Parish.	St. Tammany Parish.
Acadia Parish.	Tangi palwa Parish.

Or 22 Parishes in fifty nine.

Conclusions:

1. Leprosy has existed in Louisiana probably since 1750.
2. Leprosy has existed in Louisiana positively since 1778.
3. The original cases were located at a special point in the city of New Orleans, now the Bayou Road not far from North Rampart Street; other cases were rumored to be in the Lafourche district and in the Têche district, the home of the Acadians.
4. Most of the cases since recorded have occurred in these districts or have been exposed to contact in these districts.
5. There is no instance of imported leprosy, the cases recorded being all born in Louisiana, or have lived in Louisiana for a period

18) First Annual Report of the La. State Board of Control of the Leper Home to the Governor and General Assembly of the State of Louisiana. 1896.

20) Kibbe, Personal letter to author. July 1897.

of years, none less than 10 years. One instance where leprous ancestry existed (Blanc).

6. There is no instance of heredity. Where family leprosy occurs, it occurs after the age of five or six, and more often in adults.

7. Cases have developed in notably large numbers in those foreign born.

8. There are 31 instances of consanguinity — many with history of contact.

9. There are 45 instances of parents and children affected.
 a) Parents affected first 3.
 b) Children affected first 3.
 c) Instances where either parent was affected before birth of child none.

10. There are 61 instances of constant exposure to contagion:
 a) Man and wife, 6.
 b) Brothers or brothers and sisters, 27.
 c) Cousins, 5.
 d) Aunts and nieces or nephews, 4.
 e) Friends, 1.
 f) Parent and child, 26.
 g) Unusual by office, 2.
 h) Of nurse, 1.
 i) Of priest, 1.
 j) Venereal infection (supposed and believed), 2.
 k) Accidental inoculation, none.

11. In New Orleans most of the cases have occurred in the Third Districts, adjacent to old leper hospital (See map).

12. The predominant type of disease was the Anesthetic — 57 Mixed, 58 Anesthetic, 39 Tubercular, 18 Trophic. —

13. The habits of diet varied with the people and that means a variety of diet of all sort and kinds in other words, the author does not believe that diet determined the disease in any way.

14. Only exceptionally was there poverty or approximation to it (in Dr. Dyer's cases). Most of the cases were either able to take care of themselves or were cared for by some relative.

(Note: New Orleans is particularly free from the pauper class of the large cities, as it has honeycombed the population with benevolent associations, which on secount of large memberships, can exist on small dues. The „society“ member never becomes destitute.)

The disease in Louisiana, then, occurs in individuals of all races, some proferred (German and French notably, of foreign races) all classes, independent of habit, independent of diet, independent of occupation, after a residence in Louisiana of varying periods. Neither age, nor sex, determines the disease, which has increased steadily, and rapidly in numbers since 1878.

Leaving aside the question of bacillary origin and leaving aside the theory deduced from this, that the bacillus causes the disease and its introduction must be followed by the disease, the foregoing arguments, tabularly arranged, are urged for the contagiousness of the disease, at least in Louisiana, where an observation of over a hundred

cases in less than five years has made me believe utterly in this method of spread, so natural to a disease of the habits of lepra.

Appendix A. List of Cases since 1800.

Appendix B. Table of Lepers now living in Louisiana so far as known or can be ascertained by the author.

Appendix C. Cases enumerated from Charity Hospital Records.

Appendix D. Laws passed by State & City regarding Leprosy.

Bibliography.

1. Bernard Romans, Concise Natural History of East and West Florida. 1776. NY.
2. F. Xavier Martin, History of Louisian From its Earliest Period. vol. II.
3. Gayarré, History of Louisiana. Spanish Domination.
4. Dr. Luis Giovellina, Personal Letter to Cabildo. Sept. 1800.
5. James Mather, Mayor of New Orleans, Communication to City Council. April, and again in June, 1807. — Chisholm, J. J., Case of Elephantiasis Graecorum. So. Journ, Med. Sc. 1867. p. 201.
6. Charity Hospital Annual Reports . . . to 1897 inclusive. — H. D. Schmidt, Archiv. Med. 1881, p. 225—251. Chicago M. J. and Exam. 1882. p. 337—353. — Hyde, J. N., The Distribution of Leprosy in N. Amer. Am. Journ. Med. Sc. 1894. p. 252—261.
7. Jones, Jos., Obs. on African Yaws and Leprosy in Insular and Continental America. 1878. N. O. Med. and Surg. Journ. — Results of Investigation of Leprosy on Bayou Lafourche. Report La. State Board of Health. 1880.
8. Salomon, L. F., Report to La. State Medical Society on Existence of Leprosy In Louisiana, N. O. Med. and Surg. Journ. p. 179.
9. Dyer, Leprosy Question in Louisiana, N. O. Med. and Surg. Journ. July 1894. Leprosy, The Med. Journal. 1894. May.
10. Harang, W. F., Louisiana Lepers, Med. and Surg. Reporter. Vol. 43. 1880. J. H. Bemiss, Some Cases of Leprosy, N. O. Med. and Surg. Journ. 1880.
11. H. D. Bruns, A Clinical Study of Leprosy. Archiv. of Med. 1881. — Underhill, G. B., Remarks on Leprosy, N. O. Med. and Surg. Journ. 1881.
12. D. T. Smith, Two Cases of Leprosy io Gretna. N. O. Med. and Surg. Journ. 1882—1883.
13. Jamieson, David, Five Cases of Leprosy in Children. 1885. N. O. Med. and Surg. Journ.
14. Blanc, H. W., One Year of Dermatology in New Orleans, N. O. Med. and Surg. Journ. 1887—1888; A Few Cases of Leprosy in New. Orleans, N. O. Med. and Surg. Journ. 1889. Orleans Par. Med. Soc. Proc. 1890. Syntopsis of Leprosy Question Journ. Leprosy Inves. Committee, London, 1891, No. 2, February. p. 97. — A Review of Five Years of Derm. Pract. in New. Orleans. N. Y. Med. Journ. March 12. 1892. — The Leprosy Question, Journ. Am. Med. Ass'n. 1892, XVIII. p. 507—510.
15. New. Orleans Daily States. Nov. 18. 1890' Accoint of leper arrested. etc.
16. Bergé, Chaulmoogra Oil in the Treatment of Leprosy. N. O. Med. and Surg. Journ. 1891.
17. Dyer, Report of Chairman on Section on Dermatology. La. State Med. Soc. Proc. 1895. — Leprosy, Loomis. American System of Practrcal Med. 1897. Vol. I. — Leprosy, American System of Genito-Urinary and Skin Dis. 1897.

18. First Annual Report of the State Board of Control of the Louisiana Leper Home, to tho Governor. etc. 1896.
19. Report of Visiting Physicion to the Leper Home.

Appendix A: Table No. I.

No.	Age	Sex	Color	Nativity	Parentage	Duration	Type	Relatives Affected	Residence
1 to 7	—	—	—	—	—	—	—	—	1. Leper Hospital
8	—	F.	W.	Louisiana	Both French	10 years	not given	4 sons and 1 nephew	Vermillion-ville
9	22	M.	W.	do.	Both natives	6 „	do.	son of No. 8	Abbeville
10	30	M.	W.	do.	do.	5 „	do.	do.	do.
11	18	M.	W.	do.	do.	5 „	do.	do.	do.
12	35	M.	W.	do.	one French	2 „	do.	Nephew of No. 8	do.
13	—	F.	W.	do.	Both French	5 „	do.	two children	do.
14	20	M.	W.	do.	not given	2 „	do.	—	Vermillion Parish
15	25	M.	W.	do.	Bayon Lafourche, Lafourche Parish	3 „	Mixed	—	Labadieville, Lafourche
16	36	M.	W.	Lafayette Pansh, La.	Both Natives	5 „	do.	son of No. 8	Abbeville
17	66	M.	W.	NearGacon in Spain	Spanish	3 „	do.	—	New Orleans
18	63	F.	W.	Richmond Va.	Spanish descent, Father born in Engl.	17 „	do.	—	Algiers, a suburb of N.O.
19	22	F.	W.	New Orleans	Both German	5 „	do.	Mother and sister	3. Dist. New Orleans
20	19	F.	W.	New Orleans	do.	6 „	do.	do.	3. Dist. New Orleans
21	—	M.	W.	Germany	—	13 „	—	—	Lower coast
22	58	M.	W.	France	—	4 „	—	—	3. Dist. New Orleans
23	—	M.	W.	Russia	—	Recent	—	—	N. O.
24 25	—	—	W.	La	Both Natives	—	—	children of No. 13.	Abbeville
26	—	F.	W.	Germany	German	10 years	—	Mother of 19 and 20	3. Dist. N. O.

20. Kibbe, Personal letter to the author; Report of cases embodied in Jones report.
21. Harang, W. F., Personal letter.

List of Epidemic Cases.

Contagion	Died	Date of Report	Place	Name of Observer	Treatment	Remarks
—	—	1800	New Orleans	Giovellina	—	In a letter addressed to the Cabildo.
—	Died	1878	do.	Jones	—	Case reported to Dr. Jones by Dr. Kibbe of Abbeville.
Positive	do.	do.	La State Board of Health	do.	—	Case reported to Dr. Jones by Dr. Kibbe and Dr. Young of Abbeville.
do.	—	do.	Report 1880 do. 1881	do.	—	do. do.
do.	—	do.	do.	do.	—	do. do.
do.	—	do.	do.	do.	—	do. do.
In last illness. Nursed No. 8.	Died	do.	do.	do.	—	do. do.
Often slept with No. 11	—	do.	do.	do.	—	do. do.
—	Died	1880	do.	do.	Nitrate silver, Arsenious acid, Bismuth S. N.	Patient of French or Achadian Ancestry.
Positive	do.	do.	do.	do.	Nitrate of silver. Hydrarg. Ox Rubr. Jodid of Potassium of free Jodine	Carpenter by trade came to New Orleans in 1840.
6 years ago, administered last unction to 2 lepers	do.	do.	do.	do.	—	For fourteen years in contact with lepers in Charity Hospital.
—	—	do.	do.	do.	—	Disease supposed to have begun with „frost bite".
Positive	Died	do.	do.	do.	—	Mother developed disease in New Orleans, 7 years before this case.
do.	do.	do.	do.	do.	—	3. District case — 382 Banocks St. died.
—	—	do.	do.	do.	—	Was in Charity Hospital.
—	—	do.	do.	do.	—	In N. O. 20 years. Gardener by occupation.
—	—	do.	do.	do.	—	In N. O. 10 years. Cook. 196 Camp St.
Positive	—	do.	do.	do.	—	Reported to Jones by Dr. Kibbe and Young.
—	Died	do.	do.	do.	—	Died in Esplanade St.

No.	Age	Sex	Color	Nativity	Parentage	Duration	Type	Relatives Affected	Residence
27	—	F.	W.	La.	—	—	—	—	Lafourche Crossing
28	—	F.	W.	La.	—	—	—	Husband (29)	Laf. Crossing
29	—	M.	W.	La.	—	—	—	Wife (28)	do.
30	—	—	W.	La.	—	—	—	—	do.
31	11	F.	W.	La.	—	—	Trophic	Sister of 32	do.
32	—	F.	W.	La.	—	—	—	Sister of 31 Wife of 33	Bayon Lafourche
33	11	M.	W.	La.	—	—	—	Husband of 32	do.
34	—	—	W.	La.	—	—	—	Parent of 35	do.
35	—	M.	W.	La.	—	—	—	Son of 34	do.
36	—	M.	W.	—	—	—	—	Yes	do.
37	—	—	—	—	—	—	—	—	—
38	—	F.	W.	La.	—	—	—	Two children	Cheniere Caminada, La.
39 } 40 }	—	—	W.	La.	Both natives	—	—	Children of 38	do.
41	60	F.	W.	La.	—	14 years	—	Mother of Nos. 42 a. 43	Lower, Lafourche
42	40	M.	W.	La.	Louisiana	13 „	—	Son of 41	do.
43	—	F.	W.	do.	do.	8 „	—	Daughter of 41	do.
44	16	M.	W.	do.	do.	—	Anesthetic	Son of 42	do.
45	—	M.	W.	—	—	—	do.	—	do.
46	—	—	—	—	—	—	—	—	3. Distr. N. O.
47	—	—	—	—	—	—	—	—	New Orleans
48	—	—	—	—	—	—	—	—	do.
49	24	F.	W.	—	—	9 years	(Trophic) Anesthetic	—	New Orleans Charite-Hospital
50	—	F.	W.	—	—	—	Tubercular	—	New Orleans Char.-Hosp.
51	—	F.	W.	—	—	—	do.	—	N. O.
52	—	F.	W.	—	—	—	do.	—	do.
53	24	M.	Mul.	Jefferson Parish, La.	Louisiana	7 years	do.	—	Gretna, Suburb of N. O.
54	47	F.	W.	New Orleans	Germany	5 „	—	—	Gretna, La.
55	12	M.	W.	La.	—	—	—	Brother to 56	N. O.
56	14	F.	W.	La.	—	—	—	Sister to 55	do.
57	7	M.	W.	La.	—	—	—	Sister, brother to 58	do.
58	9	M.	W.	La.	—	—	—	Sister, brother to 57	do.

Contagion	Died	Date of Report	Place	Name of Observer	Treatment	Remarks
Family Hist.	Died	1880	Report 1881 do. 1882	Jones	—	The cases are indefinitely reported in a letter to Dr. Jones, the President of the La. State Board of Health, written by a local physician, afraid to sign his name. — The relatives positive „taint“ in several families of the Bayou Lafourche District, for at least 3 generations.
Positive	—	do.	do.	do.	—	
do.	Died	do.	do.	do.	—	
Contact	—	do.	do.	do.	—	
Positive	—	do.	do.	do.	—	
do.	—	do.	do.	do.	—	
do.	—	do.	do.	do.	—	
Believed contagion. from 28, 29	—	do.	do.	do.	—	
do.	—	do.	do.	do.	—	
Positive	Died	do.	do.	do.	—	
—	—	—	—	—	—	
Positive	—	do.	La State	do.	—	In Jones Med. and Surg. Memoirs also p. 1230, Vol. 11, 1887. Preceding letter. Obs. made by Jones.
do.	—	do.	Board of Health Rept.	Quoting letter	—	do. do.
do.	Died	do.	do.	do.	—	do. do.
do.	—	do.	do.	do.	—	do. do.
do.	—	do.	do.	do.	—	do. do.
do.	—	do.	do.	do.	—	do. do.
—	—	do.	do.	do.	—	do. do.
—	—	do.	N. O. M. and S. Journ.	Salomon	—	Attributes his disease to „frostbite“.
—	—	do.	do.	do.	—	St. Charles and Poydras Sts.
—	—	do.	do.	do.	—	Common St., New charity Hospital.
—	—	do.	do.	do.	—	In Ward 38.
—	—	do.	do.	do.	—	Tchonpitoulas St. Peter Orange and Richard.
—	—	do.	do.	do.	—	In Ward 38.
—	—	do.	do.	do.	—	In Ward 38.
—	—	1883	do. 1882—83	Smith, D.T.	—	Patient has kept several women. Has one healthy child 5 years.
—	—	do.	do.	do.	—	Patient removed to Wace, Texas.
Suspected	—	1885	N. O. M. and S. Journ. 1885	David Jamison	—	„Five cases of Leprosy in Children.“
do.	—	do.	do.	do.	—	do. do.
do.	—	do.	do.	do.	—	do. do.
do.	—	do.	do.	do.	—	do. do.

No.	Age	Sex	Color	Nativity	Parentage	Duration	Type	Relatives Affected	Residence
59	7	F.	W.	La.	—	—	Macular.	—	N. O.
60	60	F.	W.	Germany	Germany	1 year	Anesthetic	—	3. Distr. N. O.
61	16	M.	W.	N. O.	—	2 years	Tubercular	—	do.
62	35	F.	W.	Germany	Germany	5 „	Mac. anest.	—	—
63	29	M.	W.	N. O.	—	3 „	Tubercular	—	2. Distr. N. O.
64	25	F.	W.	Missouri	—	7 „	do.	—	N. O.
65	26	F.	W.	N. O.	Leland	7 „	Mac. Tuberc.	—	1. Distr.
66	26	F.	Bl.	La.	Father, Italy Mother, La.	3 „	Tubercular	—	6. Distr.
67	75	F.	W.	do.	—	2 „	Mac. Tuberc.	—	2. Distr.
68	48	M.	W.	German	Germany	5 mos.	Mac. anesthet.	Halfbrother to 69	N. O.
69	35	M.	W.	do.	do.	10 years	Tuberc. anesthet.	Halfbrother to 68	do.
70	47	F.	W.	La.	—	6 „	Tubercul.	—	2. Dist. N. O.
71	46	M.	W.	Austria	Austria	10 „	Mac. anesthet.	—	do.
72	27	M.	W.	N. O.	Ireland	14 „	Tuberc. anesthet.	—	3. Dist. N. O.
73	35	M.	W.	do.	—	18 mos.	Macular	—	do.
74	65	M.	W.	Ireland	Ireland	—	Mac. anesthet.	—	1. Dist. N. O.
75	10	M.	W.	N. O.	Father and mothers father German	5 years	Tubercul.	—	3. Dist. N. O.
76	63	M.	W.	German	Germany	18 mos.	Anesthet.	—	2. Dist. N. O.
77	27	M.	W.	N. O.	—	—	Tubercul.	Mother	3. Dist. N. O.
78	57	F.	W.	German	Germany	8 years	Tuberc. anesthet.	—	do.
79	27	M.	W.	N. O.	Ireland	18 mos.	Mac. anesthet.	—	4. Dist. N. O.
80	24	M.	W.	do.	—	3 years	Anesthet.	—	do.
81	16	M.	W.	do.	Father Germany, mother Ireland	—	Tuberc. anesthet.	—	2. Dist. N. O.
82	45	F.	W.	do.	—	6 years	Tubercul.	Mother of 83 and 84	—
83	17	F.	W.	do.	Mother in N. O.	4 „	do.	Daughter of 82	—
84	15	F.	W.	do.	do.	4 „	do.	do.	—
85	11	M.	W.	La.	—	5 „	do.	—	3. Dist. N. O.

Contagion	Died	Date of Report	Place	Name of Observer	Treatment	Remarks
—	—	1885	N. O. M. and S. Journ. 1885	David Jamison	—	„Five cases of leprosy in children."
—	—	1889	N. O. M. and S. Journ. 1888—89 July. p. 165	H.W.Blanc	Chaulmoogra oil	„Leprosy in New Orleans."
—	—	do.	do.	do.	do.	
—	—	do.	do.	do.	—	Cook.
—	—	do.	do.	do.	Chaulmoogra oil	Cigarmaker.
—	—	do.	do.	do.	Ichthyol	In New Orleans since childhood.
—	—	do.	do.	do.	Chaulmoogra oil	
—	—	do.	do.	do.	do.	Native St. Charles Parish. Washerwoman.
—	—	do.	do.	do.	do.	
Positive	—	do.	N. O. M. and S. Journal 1888—1889	do.	—	Case of Dr. J. H. Berniss. — In N. O. 32 years.
Wife and two sons died of dis.	—	do.	do.	do.	—	
—	—	do.	do.	do.	Ichthyol	
—	—	do.	do.	do.	Chaulmoogra oil	In N. O. 28 years.
—	—	do.	do.	do.	do.	
—	—	do.	do.	do.	Chaulmoogra and cod-liver oil.	Room maker.
—	—	do.	do.	do.	Chaulmoogra	40 years in Louisiana.
—	—	do.	do.	do.	do.	
—	—	do.	do.	do.	do.	20 years in N. O.
Positive	—	do.	do.	do.	No. Med.	Gardener.
Emphatic	—	do.	do.	do.	—	„Some years ago washed body of a person who had died of leprosy." Washerwoman.
—	—	do.	do.	do.	—	For 2 years has worked in Têche-District.
—	—	do.	do.	do.	Chaulmoogra	
—	—	do.	do.	do.	—	
Positive	—	do.	do.	do.	Chaulmoogra	Reported by Dr. J. H. Berniss to Dr. Blanc.
do.	—	do.	do.	do.	do.	
do.	—	do.	do.	do.	do.	
—	—	do.	do.	do.	do.	

No.	Age	Sex	Color	Nativity	Parentage	Duration	Type	Relatives Affected	Residence
86	14	F.	W.	N. O.	—	4 years	Macular	—	Algier, 5. Dist.
87	16	M.	W.	La.	La.	10 „	Tubercul.	Father died of leprosy in 1883	—
88	15	M.	W.	N. O.	—	5 „	do.	Brother of 89	2. Dist.
89	13	M.	W.	do.	—	2 „	do.	Brother of 88	do.
90	51	M.	W.	England	England	5 weeks	do.	—	N. O.
91	28	M.	Bl.	La.	—	8 years	Anesthet.	—	2. Dist.
92	54	M.	W.	German	Germany	7 „	Tubercul.	—	3. Dist. N. O.
93	18	F.	W.	N. O.	Father Germany, mother N. O.	4 „	do.	—	do.
94	21	M.	Bl.	La.	La.	1 „	do.	Mother (?)	Char.-Hosp.
95	21	M.	W.	N. O.	Ireland	1 „	do.	—	5. Dist. Algiers, La.
96	17	M.	W.	do.	Germany	1 „	do.	—	3. Dist.
97	36	M.	W.	N. O.	Father, France Mother, Cuba	4 mos.	Macular	—	N. O.
98	30	M.	W.	Italy	—	4 years	Anesthetic	—	3. Distr. N. O.
99	45	F.	Bl.	N. O.	—	—	do.	—	2. Distr. N. O.
100	48	F.	W.	France	—	—	do.	—	do.
101	19	M.	Bl.	N. O.	—	—	do.	Sister, died of leprosy 3 years ago.	do.
102	—	M.	W.	Eng.	Eng.	—	Mixed	—	Vagrant
103	50	M.	W.	Germany	—	—	do.	—	N. O.
104	—	M.	W.	Eng.	—	—	do.	—	do.
105	40	M.	W.	N. O.	—	—	Tropho-neurotic	—	do.
106	—	M.	—	—	—	—	—	—	do.

107 to 147 Dr. Blanc does not detail these cases as with Nos. 59 to 101. He has embraced all 83 conclusions show the most cases between the ages of 20 and 30, next frequent between to 70, while only 2 cases occured under 10, and only 2 over 70. 39 of the 83 were Louisiana; 6 in other states of the U. S.; while the foreign born, numbering 20, were France and Spane each one (1). 27 of the patients born in the United States had one

Contagion	Died	Date of Report	Place	Name of Observer	Treatment	Remarks
—	—	1889	N. O. M. and S. Journal 1888—1889	Blanc	Chaulmoogra	
Positive	—	do.	do.	do.	—	Father's mother came from Martinique in 1801 with her mother — who was said to have the disease — 2 female cousins with the disease. Born in St. Martinsville.
do.	—	do.	do.	do.	do.	
do.	—	do.	do.	do.	do.	
Probable	—	do.	do.	do.	do.	31 years in La. In 1872 was in St. Martinsville, where he ate with a leper.
—	—	do.	do.	do.	do.	Native of St. Martinsville. — Nurse in ward 32, Charity-Hospital.
—	—	do.	do.	do.	do.	21 years in N. O.
—	—	do.	do.	do.	—	
Positive	—	do.	do.	do.	—	Native of St. Martinsville. Was patient in hospital with nurse in ward 32 (91).
—	—	do.	do.	do.	—	Berniss' case.
—	—	do.	do.	do.	Gurjun oil	Newsboy.
—	—	do.	do.	do.	Chaulmoogra	School Teacher.
—	—	do.	do.	do.	—	Case of Dr. Bevet. Wagondriver.
—	—	do.	do.	do.	—	do.
—	—	do.	do.	do.	—	do. Grocerykeeper.
Positive	--	do.	do.	do.	—	
—	—	Nov. 1890	Daily States	—	—	Patient was arrested and confined in joil.
—	—	1891	N. O. M. and S. Journ. 1891 - 1892	Bergé	Ol. Chaulmoogra	Shoemaker.
—	—	do.	do.	do.	do.	Chaulmoogra oil in the Treatment of Lepory.
—	—	do.	do.	do.	do.	
—	Died	do.	do.	do.	do.	
together and has generalized his report. His ages of 10 and 20, 40 and 50, 30 and 40, 50 born in New Orleans; 18 elsewhere in from Germany 12, Ireland 4, England, Austria. or both parents foreign born.				H.W.Blanc	—	A Review of five years Dermatological Practice in New Orleans. — N. Y. Med. and Surg. Journ. March 12., 1892.

No.	Age	Sex	Color	Nativity	Parentage	Duration	Type	Relatives Affected	Residence
148	43	M.	W.	La.	—	13 years	Mixed	One brother	Leper-Home
149	35	M.	W.	do.	—	—	do.	—	do.
150	25	M.	W.	N. O.	—	10 years	do.	—	do.
151	28	M.	W.	La.	—	9 „	do.	Mother	do.
152	52	M.	W.	Penn.	—	7 „	Anesthetic	—	do.
153	43	F.	W.	Germany	—	12 „	Mixed	Father	do.
154	24	F.	W.	La.	—	15 „	do.	—	do.
155	29	M.	W.	do.	—	26 „	Anesthetic	—	do.
156	25	M.	W.	do.	—	20 „	Mixed	—	do.
157	65	M.	W.	France	—	—	Anesthetic	—	do.
158	35	M.	W.	La.	—	—	Mixed	—	do.
159	50	M.	W.	do.	—	18 years	do.	—	do.
160	24	M.	W.	do.	—	14 „	do.	—	do.
161	35	M.	W.	do.	—	10 „	do.	—	do.
162	16	F.	W.	do.	—	3 „	Anesthetic	—	do.
163	52	F.	W.	Miss.	—	7 months	do.	—	do.
164	44	M.	W.	France	—	—	do.	—	do.
165	38	M.	W.	La.	—	—	Mixed	Brother to 148	do.
166	41	F.	W.	do.	—	6 years	Anesthetic	Cousin to 168, 169, 170, 171	do.
167	47	F.	Neg.	do.	—	5 „	Mixed	Mother of 167	do.
168	25	F.	Neg.	do.	—	2 „	do.	Daughter of 166	do.
169	30	F.	W.	do.	Parents born on Lafourche	indefinite	do.	All sisters and cousin to No. 166	do.
170	25	F.	W.	do.	do.	do.	do.	do.	do.
171	20	F.	W.	do.	do.	do.	do.	do.	do.
172	13	F.	W.	do.	do.	4 years	Anesthetic	do.	do.
173	40	F.	W.	New York	—	—	—	—	do.
174	10	M.	W.	La.	La.	—	Tubercul.	Aunts	do.

Contagion	Died	Date of Report	Place	Name of Observer	Treatment	Remarks
—	Died July 1896	Case admitted from N. O. Leper-Hospit. Dr. La Waila Dec. 1894			Strychnia and Chaulmoogra ol.	First annual Report. Board of Control of the Louisiana Leper-Home. 1896.
—	—	do.	do. do.	do.	Strychnia and chlorat. Potash	do. do.
—	Died	do.	do. do.	do.	Ichthyol	do. do.
—	—	do.	do. do.	do.	—	do. do.
—	—	do.	do. do.	do.	Strychnia Chlorate of Potash and Salicylate of soda	
—	Died Aug. 1895	do.	do. do.	do.	—	
—	—	do.	do. do.	do.	Strychnia and Salicylate of soda	
—	—	do.	do. do.	do.	Strychnia, Chlorate of Potash, Chaulmoogra oil	
—	Died July 1896	do.	do. do.	Jan. 1895	Arsenious acid and Chaulmoogra oil	
—	June 1895	—	— do.	do.	—	
—	—	—	— do.	do.	—	
—	Died	—	— do.	Febr. 1895	—	
—	—	Febr. 1895	—	Wailes	—	Report etc. 1896.
—	Dec. 1895	do.	—	do.	—	
—	—	March 1895	—	do.	—	
—	—	April 1895	—	do.	—	Patient Born in Biloci, Miss.
—	—	do.	—	do.	—	
Yes	—	May 1895	—	do.	—	148 and 164, Brothers.
—	—	Aug. 1895	—	do.	—	
Positive	—	do.	—	do.	—	Mother affected 3 years after the daughter.
do.	—	do.	—	do.	—	
do.	—	Nov. 1895	—	do.	—	Father healthy, mother dead. These four cases, and 165 lived until afew years ago and were born and in LafourcheDistrict.
do.	—	do	—	do.	—	
do.	—	do.	—	do.	—	
do.	—	do.	—	do.	—	
—	—	—	—	do.	—	
Positive	—	March 1896	—	do.	—	

No.	Age	Sex	Color	Nativity	Parentage	Duration	Type	Relatives Affected	Residence
175	30	M.	W.	La.	—	8 years	Anesthetic	—	Leper-Home
176	60	M.	W.	German	—	—	Tubercul.	—	do.
177	28	M.	W.	La.	—	—	Mixed	—	do.
178	50	M.	W.	do.	—	20 years	Anesthetic	—	do.
179	50	M.	W.	German	—	—	Mixed	—	do.
180	11	F.	W.	La.	—	4 years	Anesthetic	Father	do.
181	12	M.	W.	do.	—	5 „	Mixed	—	do.
182	13	F.	W.	do.	—	—	Anesthetic	—	do.

In a letter to the Vice-President of the Board of Central dated August 31, 1897. Dr. leprosy that have entered the home since its establishment and answering as accurately in a communication addressed to the President of the Board under date of May 3., 1897. number 11 have died, and one left the home of his own accord-leaving now in the home copied only nine (9) deathis are recorded.

No.	Age	Sex	Color	Nativity	Parentage	Duration	Type	Relatives Affected	Residence
183	50	F.	W.	La.	—	10 years	Anesthet.	—	Abbeville
184	30	M.	W.	do.	—	6 „	do.	—	do.
185	50	F.	W.	do.	—	8 „	Tubercul.	Mother of No. 186 and 187	do.
186	—	—	W.	do.	La.	Recent	—	Child of No. 185	do.
187	—	—	W.	do.	do.	do.	—	do.	do.
188	13	F.	W.	do.	do.	$1^1/_2$ years	Mixed	—	3. Dist. N. O.
189	—	M.	W.	—	—	—	do.	—	N. O. Leper-Hosp.
190	36	M.	W.	La.	Jews German	8 mos.	Tubercul.	—	Anute, La.
191	30	F.	W.	do.	Mother U. O., father Eng.	13 years	Mixed	Two aunts (one dead) of No. 198	3. Dist. N. O.
192	50	F.	W.	Sweden	Sweden	6 „	do.	—	do.
193	44	M.	W.	N. O.	German	9 mos.	Anesthet.	—	New Orleans
194	19	M.	W.	La.	—	—	do.	—	do.
195	54	F.	W.	Germany	German	3 mos.	Mixed	None	3. Dist. N. O.
196	47	F.	W.	do.	—	—	Tubercul.	—	Garden-Dist. N. O.
197	16	M.	W.	do.	—	Indefinite	Mixed	—	3. Dist. N. O.
198	46	F.	W.	do.	La.	6 years	Anesthet.	Aunt of No. 191	N. O.
199	34	F.	W.	N. O.	do.	2 mos.	do.	—	3. Dist. N. O.
200	71	F.	W.	Germany	—	3 „	Macular	—	N. O.
201	12	M.	W.	N. O.	La.	1 year	Anesthet.	—	3. Dist. N. O.
202	25	M.	W.	do.	German	4 years	Tropho-neurotic	—	do.

Contagion	Died	Date of Report	Place	Name of Observer	Treatment	Remarks
—	—	March 1896	—	Wailes	—	
—	Oct. 1896	April 1896	—	do.	—	
—	—	—	—	—	—	No history could be obtained from this patient, 2 days after admitted-full of ulcers.
—	—	Jan. 1897	—	—	—	Developed disease after father's death. — These five cases have been additionally reported by the visiting physicien Dr. Willair Jones.
—	—	May 1897	—	—	—	
Positive	—	do.	—	—	—	
—	—	do.	—	—	—	
—	—	do.	—	—	—	

Jones says: „I herewith furnish you with a report of the cases of as possible, from the data at hand, the question set down by Dr. Dyer Since Dec. 1894, there have been 35 lepers admitted in the home. Out of the 23 patients." (In the aborve list and in that from which this is

Contagion	Died	Date of Report	Place	Name of Observer	Treatment	Remarks
—	—	1897	Personal communication to Dr. Dyer.	Kebbe	—	
—	—	do.	do.	do.	—	
—	Died	do.	do.	do.	—	
Positive	—	do.	—	do.	—	
do.	—	do.	—	do.	—	
—	—	do.	This paper includes all of Dr. Dyer's cases	Dyer	Ichthyol	
—	Died	do.	do.	do.	—	
—	—	do.	do.	do.	Chlorate of Potass. until he took 380 grs. a day	
Positive	—	do.	do.	do.	—	
—	—	do.	do.	do.	—	40 years in N. O.
—	—	do.	do.	do.	Antivenen.	505 St. Johnson St. 5. Dist.
—	—	do.	do.	do.	—	Morv. type. 8. Felic. Road.
—	—	do.	do.	do.	Antivenen.	In N. O. 44 years.
—	—	do.	do.	do.	—	
—	—	do.	do.	do.	—	3. Dist. N. O. Driver by occupation.
Positive	—	do.	do.	do.	—	Lives on Julia St.
—	—	do.	do.	do.	—	
—	—	do.	do.	do.	—	Dyades St. 700.
—	—	do.	do.	do.	—	Port and Royal Sts.
—	—	do.	do.	do.	—	1724 Bourboult.

No.	Age	Sex	Color	Nativity	Parentage	Duration	Type	Relatives Affected	Residence
203	—	F.	W.	N. O.	—	—	Mixed	—	N. O.
204	43	M.	W.	La.	—	16 mos.	Tubercul.	—	do.
205	16	M.	W.	do.	—	1 year	Mixed	—	do.
206	58	M.	W.	Spain	—	8 mos.	Tropho-neurotic	—	3. Dist. N. O.
207	10	F.	W.	Abbeville, La.	La.	4 years	Anesthet.	—	Abbeville, La.
208	46	F.	W.	Jackson, Miss.	—	7 mos.	Mixed	—	3. Dist. N. O.
209	—	F.	W.	—	—	—	—	—	do.
210	19	F.	W.	N. O.	—	8 years	Tropho-neurotic	—	N. O.
211	—	M.	W.	La.	—	3 „	Anesthet.	—	St. John the Baptist Parish, La.
212	44	F.	W.	N. O.	Louisiana	1 year	Tubercul.	—	3. Dist. N. O.
213	54	M.	W.	Indiana	Zeland	sevl. years	Mixed	—	6. Dist. N. O.
214	50	F.	W.	N. O.	Louisiana	12 „	Anesthet.	Of a leprous family	3. Dist. N. O.
215	54	M.	W.	Virginia	—	sevl „	Mixed	—	6. Dist. N. O.
216	50	F.	W.	La.	La.	—	(Trophic) Anesthet.	—	New Orleans
217	58	M.	W.	Zeland	Zeland	years	Tropho neurotic	—	N. O.
218	—	F.	W.	—	—	—	Mac. Anesthet.	—	—
219	30	M.	W.	N. O.	La.	Recent	Anesthet.	—	3. Dist.
220	12	M.	W.	La., Slidell	La., Slidell	2 years	Tuberc.	—	Slidell, La.
221	26	M.	W.	—	—	—	—	—	3. Dist. N. O.
222	—	M.	W.	—	—	—	Anesthet.	—	Livingston Park
223	61	F.	W.	German	German	2 years	Mixed	—	3. Dist.
224	40	F.	W.	N. O	—	7 „	Tubercul.	—	New Orleans
225	19	F.	W.	N. O.	Zeland	10 „	Tropho neurotic	Father 226	Algiers, 5. Dist. of N. O.
226	62	M.	W.	Zeland	do	$2^1/_2$ „	Macular.	Daughter 225	do.
227	About 45	M.	W.	La.	La.	—	Tubercul	Daughter 228	Toll-gate on Bayon St. John
228	11	F.	W.	N. O.	N O.	1 year	Macular.	Father 227	do.

Contagion	Died	Date of Report	Place	Name of Observer	Treatment	Remarks
—	—	1897	This paper includes all of Dr. Dyer's cases	Dyer	Antivenen.	Julia St. 239.
—	—	do.	do.	do.	do.	2025 Perdido.
—	—	do.	do.	do.	do.	
—	—	do.	do.	do.	do.	Patient looked as if he had Addison's disease.
—	—	do.	do.	do.	do.	
—	—	do.	do.	do.	do.	
—	—	do.	do.	do.	do.	
—	—	do.	do.	do.	do.	2365 Annunciation St.
—	—	do.	do.	do.	do.	Born in St. James Parsh.
—	—	do.	Article supr.	do.	Ichthyol	Endemic Leprosy in Louisiana ce.
Has been in every bayon of La.	Died	do.	do.	do.	Chlorate of Potash	Engineer by occupation in La. 34 years.
Family lepers	—	do.	do.	do.	Strychnin, Arsenious acid.	Patient born in St. Martinsville, La.
—	Died	do.	do.	do.	Strychnin and Chlor of Potash	Clerk by occupation.
—	—	do.	do.	do.	—	Gentilly Road —
—	—	do.	do.	do.	—	Typical of Morvans disease. 32 years in N. O.
—	—	do.	do.	do.	--	
—	—	do.	do.	do.	Strychnin	
—	—	do.	do.	do.	—	This case is interesting, being the only one ever rep. in Slide.
—	—	do.	do.	do.	—	
—	—	do.	do.	do.	—	
—	—	do.	do.	do.	—	Goodchildren Street.
—	—	do.	do.	do.	—	Broad Street 30.
Positive	—	do.	do.	do.	Injected Europhen, Ichthyol. caps.	The daughter was affected over 7 years before the father showed disease.
do.	—	do.	do.	do.	Strychnin	
Probable	Died	do.	do.	do.	do.	This toll-gate was not far from 1. Leperhosp. site.
Positive	—	do.	do.	do.	—	NB. The child now lives in Mandeville, La. The father had been dead 2 years before sign of illness appd.

No.	Age	Sex	Color	Nativity	Parentage	Duration	Type	Relatives Affected	Residence
229	17	F.	W.	La.	—	—	Anesthet.	—	Algiers, 5. Dist
230	19	M.	W.	do.	La.	$1^1/_2$ years	Mixed	—	3. Dist. N. O.
231	31	F.	W.	do.	do.	7 „	Tubercul.	—	do.
232	30	F.	W.	do.	—	3 weeks	Mac. anesthet.	—	do.
233	47	M.	W.	do.	La.	3 mos.	Tropho neurotic	—	6. Dist. N. O.
234	60	M.	W.	do.	do.	sevl. years	Tropho neurotic	—	3. Dist. N. O.
235	36	F.	W.	do.	—	10 mos.	Mixed	Husband	do.
236	7	M.	W.	do.	St. Martinsville (Leprosy commenced)	$1^1/_2$ years	Mac. anesthet.	—	do.
237	37	M.	W.	—	—	7 mos.	Mixed	—	do.
238	32	M.	W.	N. O.	La.	2 years	Mixed	Brother (239)	New Orleans
239	—	M.	W.	do.	—	—	Mixed	Brother (238)	Bouvoir, Miss.
240	64	M.	W.	Germany	—	indefinite	Macular.	—	N. O.
241	—	M.	W.	La.	—	—	Tropho neurotic	—	N. O.
242	17	F.	W.	N. O.	Germany	$2^1/_2$ months	Mac. anesthet.	Grandmother 243	3. Dist. N. O.
243	52	F.	W.	Germany	do.	1 „	Macular	Grandchild 242	do.
244	48	F.	W.	N. O.	—	2 years	Mixed	—	Algiers, La.
245	—	M.	W.	—	—	—	—	Son 246	do.
246	—	M.	W.	—	—	—	—	Father 245	do.
247	55	F.	W.	France	France	1 year	Mac. anesthet.	—	3. Dist.
248	37	F.	Bl.	U. O.	—	—	Macular	—	—
249	66	M.	Bl.	Louisiana	—	2 years	Tropho neurotic	—	New Orleans
250	64	M.	Bl.	La.	—	—	Mixed	—	do.
251	45	M.	Bl.	do.	La.	9 years	do.	—	do.
252	50	M.	Bl.	do.	—	3 months	Tubercul.	—	3. Dist. N. O.
253	27	F.	Bl.	do.	—	Recent	Macular	—	do.
254	17	F.	Bl.	do.	—	1 year	Mixed	—	Algiers, La.
255	40	F.	Bl.	do.	Creole	10 „	Tropho neurotic	—	3. Dist. N. O.
256	40	M.	Bl.	do.	—	14 „	Mixed	—	New Orleans
257	54	F.	Bl.	do.	—	—	Tropho neurotic	Father and brother	3. Dist. N. O.
258	42	F.	Bl.	do.	—	—	Tubercul.	—	do.
259	61	M.	Bl.	do.	—	17 years	Tropho neurotic	—	do.
260	52	M.	Bl.	Kentucky	Mother Kentucky Father Indian	4 „	Anesthet.	—	do.

Contagion	Died	Date of Report	Place	Name of Observer	Treatment	Remarks
—	—	1897	Article supra	Dyer	—	
—	—	do.	do.	do.	Antivenen	Born on San Antonio St 3. Dist.
—	Died	do.	do.	do.	Ichthyol	Seamstress.
—	—	do.	do.	do.	—	Roman St. 505.
—	—	do.	do.	do.	Antivenen.	Policeman.
—	—	do.	do.	do.	Strychnin	Ursulive St. — Morvan type.
Positive	—	do.	do.	do.	—	Rocheblore St.
Probable	—	do.	do.	do.	Antivenen.	
—	—	do.	do.	do.	—	Painter.
Probable	—	do.	do.	do.	Chlorat Potash	
Probable	—	do.	do.	do.	—	
—	—	do.	do.	do.	—	Laborer; in Amenea (La.) 40 years.
—	—	do.	This article: Endemic Leprosy in Louisiana	do.	—	
Positive	—	do.	do.	do.	—	Mangny St. 242.
do.	—	do.	do.	do.	—	
—	—	do.	do.	do.	—	
Positive	—	do.	do.	do.	—	Reported by Dr. H. Hayward, chief Sanitary Inspector N. O., 1895.
do.	—	do.	do.	do.	—	
—	—	do.	do.	do.	—	St. Peter St.
—	—	do.	do.	do.	—	
—	—	do.	do.	do.	Strychnin	
—	—	do.	do.	do.	—	
—	—	do.	do.	do.	—	First St. — Drayman.
—	—	do.	Article on Leprosy	do.	Chlorate Potash	„Loomis American system of Practical used."
—	—	do.	Above	do.	—	Cook in a Boardinghouse.
—	—	do.	do.	do.	—	
—	—	do.	do.	do.	—	A beggar often seen at French Market.
—	—	do.	do.	do.	—	
—	—	do.	do.	do.	—	St. Philip St.
—	—	do.	do.	do.	—	Palmyra St.
—	—	do.	do.	do.	—	St. Ann and Desire.
—	—	do.	do.	do.	Ichthyol	

No.	Age	Sex	Color	Nativity	Parentage	Duration	Type	Relatives Affected	Residence
261	48	M.	W.	French	French	10 years	Black Leprosy	Son No. 262	Lafourche
262	30	M.	W.	Lafourche	do.	20 „	Tubercul.	Father No. 261	do.
263	—	M.	W.	Lafourche Napoleonville	La.	10 „	Mixed	Married in family of 261 and 262 and lived with them	do.
264 to 276	"These are some dozen Cases of recent date, all contracted among the families, I have								
277	18	M.	W.	La.	Ireland	4 years	Trophic	—	3. Dist. N. O.

Appendix B.

Known or supposed to

1	35	M.	W.	La.	—	—	Mixed	—	Leper-Home
2	28	M.	W.	do.	—	9 years	do.	Mother	do.
3	52	M.	W.	Pennsylvania	—	7 „	Anesthet.	—	do.
4	24	M.	W.	La.	—	15 „	Mixed	—	do
5	29	M.	W.	do.	—	26 „	Anesthet.	—	do.
6	35	M.	W.	do.	—	—	Mixed	—	do.
7	24	M.	W.	do.	—	14 years	do.	—	do.
8	16	F.	W.	do.	—	3 „	Anesthet.	—	do.
9	52	F.	W.	Miss.	—	7 mos.	do.	—	do.
10	44	M.	W.	France	—	—	do.	—	do.
11	38	M.	W.	La.	—	—	Mixed	Brother to 148	do.
12	41	F.	W.	do.	—	6 years	Anesthet.	Cousin to 168, 169, 170, 171	do.
13	47	F.	Neg.	do.	—	—	Mixed	Mother and daughter	do.
14	25	F.	do.	do.	Louisiana	5 years	do.		do.
15	30	F.	W.	do.	Bayou	indefinité	do.	Sisters and cousins to 166	do.
16	25	F.	W.	do.	Lafourche	do.	do.		do.
17	20	F.	W.	do.	do.	do.	do.		do.
18	13	F.	W.	do.	do.	4 years	Anesthet.		do.
19	40	F.	W.	New-York	—	—	—	—	do.
20	10	M.	W.	La.	La.	—	Tubercul.	Aunts	do.
21	30	M.	W.	do.	—	8 years	Anesthet.	—	do.
22	50	M.	W.	do.	—	20 „	do.	—	do.

Contagion	Died	Date of Report	Place	Name of Observer	Treatment	Remarks
Emphatic	died	1897	Personal letter to Dr. Dyer	W. F. Haravy Roceland	—	Apioner settler in Lafourche. Contracted disease from intercourse venereally with a leper woman (one of Jones' cases.)
do.	do.	do.	do.	do.	—	„Contracted the disease by direct Contact."
do.	do.	do.	do.	do.	—	Slept with 262, as a habit, contracted dis. this way.

mentioned."

—	—	do.	—	Dyer	—	Referred by Dr. Bemis.

List of cases.

be living Sept. 10. 1897.

—	—	1896	First annual Report, Board of Control Louisiana Leper-Home	L. A. Wailes, M. D. Resident Physician	—	
—	—	do.	do.	do.	—	
—	—	do.	do.	do.	—	
—	—	do.	do.	do.	—	
—	—	do.	do.	do.	—	
—	—	do.	do.	do.	—	
—	—	do.	do.	do.	—	
—	—	do.	do.	do.	—	
—	—	do.	do.	do.	—	Born at Bilves, Miss, about 80 miles from N. O.
—	—	do.	do.	do.	—	
Positive	—	do.	do.	do.	—	
Probable	—	do.	do.	do.	—	
—	—	do.	do.	do.	—	Daughter affected 5 years before the mother.
Positive	—	do.	do.	do.	—	
do.	—	do.	do.	do.	—	
do.	—	do.	do.	do.	—	Father is a man of 60 and is quite free from leprosy mother dead.
do.	—	do.	do.	do.	—	
do.	—	do.	do.	do.	—	
—	—	do.	do.	do.	—	
Probable	—	do.	—	—	—	
—	—	do.	—	—	—	
—	—	1897	Special report for Dr. Dyer	Dr. Will. Jones, Visiting Physician to the Home	—	

No.	Age	Sex	Color	Nativity	Parentage	Duration	Type	Relatives Affected	Residence
23	50	M.	W.	German	—	—	Mixed	—	Leper-Home
24	11	F.	W.	La.	—	4 years	Anesthet.	Father	do.
25	12	M.	W.	do.	—	5 „	Mixed	—	do.
26	13	F.	W.	do.	—	—	Anesthet.	—	do.
27	—	F.	W.	do.	—	10 years	do.	—	Abbeville, La.
28	—	M.	W.	do.	—	6 „	do.	—	do.
29 } 30	—	—	W.	do.	La.	—	—	Children of 185	do.
31	13	F.	W.	La.	do.	$1^1/_2$ years	Mixed	—	3. Dist. N. O.
32	36	M.	W.	do.	German Jews	8 mos.	Tubercul.	—	Aunte, La.
33	30	F.	W.	do.	Mother N. O. Father Engl.	13 years	Mixed	two aunts one No 198 one dead	3. Dist. N. O.
34	50	F.	W.	Sweden	Sweden	6 „	do.	—	do.
35	44	M.	W.	N. O.	German	9 mos.	Anesthet.	—	N. O.
36	19	M.	W.	La.	—	—	do.	—	5. Dist. N. O.
37	54	F.	W.	German	German	3 mos.	Mixed	None	3. Dist. N. O.
38	47	F.	W.	La.	—	—	Tubercul.	—	6. Dist. N. O.
39	16	M.	W.	do.	—	indefinite	Mixed	—	3. Dist. N. O.
40	46	F.	W.	La.	La.	6 years	Anesthet.	Aunts of 191	N. O.
41	34	F.	W.	N. O.	do.	2 mos.	do.	—	3. Dist. N. O.
42	71	F.	W.	German	Germany	3 „	Macular	—	N. O.
43	12	M.	W.	N. O.	La.	1 year	Anesthet.	—	3. Dist. N. O.
44	25	M.	W.	do.	German	4 years	Tropho neurotic	—	do.
45	—	F.	W.	do.	—	—	Mixed	—	N. O.
46	43	M.	W.	La.	—	16 mos.	Tubercul.	—	do.
47	16	M.	W.	do.	—	1 year	Mixed	—	do.
48	58	M.	W.	Spain	—	8 mos.	Tropho neurotic, anesthet.	—	3. Dist. N. O.
49	10	F.	W.	Abbeville, La.	La.	4 years	Anesthet.	—	Abbeville
50	46	F.	W.	Jackson, miss.	—	7 mos.	Mixed	—	3. Dist. N. O.
51	—	F.	W.	—	—	—	—	—	do.
52	19	F.	W.	N. O.	—	8 years	Tropho neurotic	—	N. O.
53	—	M.	W.	La	—	3 „	Anesthet.	—	St. John the Baptish Parish
54	44	F.	W.	N. O.	La.	1 year	Tubercul.	—	3. Dist. N. O.

Contagion	Died	Date of Report	Place	Name of Observer	Treatment	Remarks
—	—	1897	Special report for Dr. Dyer	Dr. Will. Jones, Visiting Physician to the Home	—	
Positive	—	do.	do.	do.	—	
—	—	do.	do.	do.	—	
—	—	do.	do.	do.	—	
—	—	do.	Personal Communication to Dr. Dyer	Dr. Kibbe of Abbeville, La.	—	
—	—	do.	do.	do.	—	
Positive	—	do.	do.	do.	—	
—	—	do.	Endemic Leprosy in Louisiana to Berlin Conferenz	Dyer	Ichthyol	
—	—	do.	do.	do.	Chlorate of Potash	Commenced for over 3 mos. Took 380 grains a day for 3 days.
Positive	—	do.	do.	do.	—	
—	—	do.	do.	do.	—	40 years in N. O.
—	—	do.	do.	do.	Antivenen.	505 St Johnson St.
—	—	do.	do.	do.	—	Morvan type — 8 Felicity Rd.
—	—	do.	do.	do.	Antivenen.	In N. O. 44 years.
—	—	do.	do.	do.	—	
—	-	do.	do.	do.	—	
Positive	—	do.	do.	do.	—	Julia Street
—	—	do.	do.	do.	—	
—	—	do.	do.	do.	—	Dyades St.
—	—	do.	do.	do.	—	Port and Royal St.
—	—	do.	do.	do.	—	Bourbon St. 1724.
—	—	do.	do.	do.	—	Julia St. 239.
—	—	do.	do.	do.	—	Peidillo St. 2025.
—	—	do.	do.	do.	—	
—	—	do.	do.	do.	—	Has traces that of he had Addisonis disease.
—	—	do.	do.	do.	—	
—	—	do.	do.	do.	—	
—	—	do.	do.	do.	—	
—	—	do.	do.	do.	—	2365 Annunciation St. 6. Dist. N. O.
—	—	do.	do.	do.	—	Born in St. James Parish.
—	—	do.	do.	do.	Ichthyol	Extracted from paper for Berlin Conf.

No.	Age	Sex	Color	Nativity	Parentage	Duration	Type	Relatives Affected	Residence
55	50	F.	W.	N. O.	La.	12 years	Anesthet.	Leprous famil.	3. Dist. N. O.
56	50	F.	W.	La.	do.	—	Tropho anesthet.	—	N. O.
57	58	M.	W.	Ireland	Ireland	12 years	Tropho neurotic	—	do.
58	—	F.	W.	—	—	—	Mac.-anesthet.	—	—
59	30	M.	W.	N. O.	La.	Recent	Anesthet.	—	3. Dist. N. O.
60	12	M.	W.	Slidell, La.	Slidell	2 years	Tubercul.	—	Slidell
61	26	M.	W.	—	—	—	—	—	3. Dist. N. O.
62 } 63 }	—	M.	W.	—	—	—	Anesthet.	—	Livingstone Pand.
64	61	F.	W.	Germany	Germany	2 years	Mixed	—	3. Dist. N. O.
65	40	F.	W.	N. O.	—	7 "	Tubercul.	—	N. O.
66	19	F.	W.	do.	Ireland	10 "	Tropho neurotic	Father to 226	Algiers, 4. Dist. of No.
67	62	M.	W.	Ireland	do.	$2^1/_2$ "	Macular	Daughter to 225	do.
68	11	F.	W.	N. O.	N. O.	1 "	do.	Father 227 dead	TollgateBayon St. John
69	17	F.	W.	La.	—	—	Anesthet.	—	Algiers, La.
70	19	M.	W.	N. O.	La.	$1^1/_2$ years	—	—	3. Dist. N. O.
71	30	F.	W.	do.	—	3 weeks	Mac. anesthet.	—	do.
72	47	M.	W.	do.	La.	3 months	Tropho neurotic	—	6. do.
73	60	M.	W.	do.	do.	12 years	do.	—	3. do.
74	36	F.	W.	do.	—	10 months	Mixed	Husband aff.	do.
75	7	M.	W.	do.	St. Martinsville	18 "	Mac. anesthet.	—	do.
76	37	M.	W.	—	—	7 "	Mixed	—	do.
77	32	M.	W.	N. O.	La.	2 years	do.	Brother of 239	N. O.
78	—	M.	W.	do.	do.	—	do.	Brother of 238	Beauvoir, Miss.
79	64	M.	W.	Germany	—	Indefinite	Macular	—	New Orleans
80	—	M.	W.	La.	—	—	Tropho neurotic	—	N. O.
81	17	F.	W.	N. O.	Germany	$2^1/_2$ years	Mac. anesthet.	Grandchild of 243	3. Dist. N. O.
82	52	F.	W.	Germany	do.	1 months	Macular	Grandmother of 242	do.
83	68	F.	W.	N. O.	—	2 years	Mixed	—	Algiers La.

Contagion	Died	Date of Report	Place	Name of Observer	Treatment	Remarks
Family affected	—	1897	Endemic Leprosy in Louisiana	Dyer	Strychnin Arsenous acid.	Born in St. Martinsville, La.
—	—	do.	do.	do.	—	Gentely Road.
—	—	do.	do.	do.	—	Morvan's type. 32 years in N. O.
—	—	do.	do.	do.	—	
—	—	do.	do.	do.	Strychnin	
—	—	do.	do.	do.	—	Case interesting as only reported in Slidell.
—	—	do.	do.	do.	—	
—	—	do.	do.	do.	—	
—	—	do.	do.	do.	—	Good children Street.
—	—	do.	do.	do.	—	Broad Street, No. 30.
Positive	—	do.	do.	do.	Injected europhen Ichthyol internally	The daughter was affected more than seven years before father shewed signs of dis.
do.	—	do.	do.	do.	Strychnin	
do.	—	do.	do.	do.	do.	Now lives in Mandeville, Louisiana. The patient's father lived at the toll-gate on the Spanish Fort Road, not far removed from site of 1st Leper Hop.
—	—	do.	do.	do.	—	
—	—	do.	do.	do.	Anti-venene	Born on San Antonio St. (lives there).
—	—	do.	do.	do.	—	505 Roman St.
—	—	do.	do.	do.	Anti-venene	Paheiman.
—	—	do.	do.	do.	Strychnin	Morvan type — Ursuline St.
Positive	—	do.	do.	do.	—	Rocheblore St.
Probable	—	do.	do.	do.	Anti-venene	
—	—	do.	do.	do.	—	Painter.
Probable	—	do.	do.	do.	Chlorate potash	
do.	—	do.	do.	do.	—	
—	—	do.	do.	do.	—	Laborer. In La. 40 years.
—	—	do.	do.	do.	—	
Positive	—	do.	do.	do.	—	Manguy St. to 242.
do.	—	—	—	—	—	
—	—	1897	Endemic Leprosy in Louisiana	Dyer	—	Algiers is a suburb of New Orleans, across the miss. river.

No.	Age	Sex	Color	Nativity	Parentage	Duration	Type	Relatives Affected	Residence
84	—	M.	W.	—	—	—	—	Father of 246	Algiers, La.
85	—	M.	W.	—	—	—	—	Son of 245	do.
86	55	F.	W.	France	France	1 year	Mac. anesthet.	—	3. Dist. N. O.
87	37	F.	Bl.	N. O.	—	—	Macular	—	—
88	60	M.	Bl.	La.	—	2 years	Tropho neurotic	—	N. O.
89	64	M.	Bl.	do.	—	—	Mixed	—	do.
90	45	M.	Bl.	do.	La.	9 years	do.	—	do.
91	50	M.	Bl.	do.	—	3 mos.	Tubercul.	—	3. Dist. N. O.
92	27	F.	Bl.	do.	—	recent	Macular	—	do.
93	17	F.	Bl.	do.	—	1 year	Mixed	—	Algiers, La.
94	40	F.	Bl.	do.	Creole	10 years	Tropho neurotic	—	3. Dist. N. O.
95	40	M.	Bl.	do.	—	14 „	Mixed	—	N. O.
96	54	F.	Bl.	do.	—	—	Tropho neurotic	Father and brother	3. Dist. N. O.
97	42	F.	Bl.	do.	—	—	Tubercul.	—	do.
98	61	M.	Bl.	do.	—	17 years	Tropho neurotic	—	do.
99	52	M.	Bl.	Kentucky	Father an Indian, Mother Kentucky	4 „	Anesthet.	—	do.
100	30	M.	W.	La.	Lafourche	20 „	—	—	Lafourche
101 to 112	Dr. Harang says: „there are some dozen cases of recent date, all contracted among the proper age in reached. unless something is done by the proper authorities, it will not								
113	18	M.	W.	La.	Zeland	4 years	Trophic	—	3. Dist. N. O.

The above tables will show only a limited observation, of three physicians outside the of infection it must be held as a qualified report. No systematic report of cases has been unwilling that such should be done. While President of the Leper-Board of Control, I ad-State Medical Society, and I requested report through the N. O. M. and S. Journal — all with-

Contagion	Died	Date of Report	Place	Name of Observer	Treatment	Remarks
Positive	—	1897	Endemic Leprosy in La. etc.	Dyer	—	Reported by Dr. H. Hayward, then chief Sanitary Inspector of New Orleans.
do.	—	do.	do.	do.	—	
—	—	do.	do.	do.	—	
—	—	do.	do.	do.	—	
—	—	do.	do.	do.	Strychnin	
—	—	do.	do.	do.	—	
—	—	do.	do.	do.	—	First St. Drayman.
—	—	do.	do.	do.	Chlorat of Potash	Quoted in Art. on Leprosy in Loomis Am. Syst. of Pract. med.
—	—	do.	do.	do.	—	Cook in a boarding house 90, Royal Str.
—	—	do.	do.	do.	—	Algiers was one of the first settlements of New Orleans — original was in fact selected for site of N. O.
—	—	do.	do.	do.	—	Beggar — to be seen at French Market!!'
—	—	do.	do.	do.	--	
—	—	do.	do.	do.	—	St. Phillip St.
—	—	do.	do.	do.	—	Palmyra St.
—	—	do.	do.	do.	—	St. Ann- and Desire Str.
—	—	do.	do.	do.	Ichthyol	
Positive	—	do.	do.	Personal letter from Dr. W. F. Harang	—	

families I have mentioned. Intermarriage takes place as soon as the be long, before the number of lepers will be beyond counting."

—	—	1897	Endemic Leprosy in La. etc.	Dyer	—	Referred by Dr. Bemiss.

Leper-Home, of leprosy in Louisiana. As these observations cover only the few of many points accomplished from all the Louisiana Parishes, as the patients are rebellious and the physicians dressed a circular to every coroner in the State; I made an appeal to the membership of the La. out result — Dyer.

Appendix C: Being a list of cases recorded in such Annual Reports of The Charity Hospital, New Orleans, as have been preserved.

Date of Report	Color	Remarks
1857	2 White, 1 Black	No reports preserved to 1857.
1858	1 White	The hospital founded in 1832.
1859	2 White	
1860	2 White	
1861—1868	—	Reports missing.
1869	none	
1870—1873	—	Reports missing.
1874	1 White	
1875	4 White	
1876	5 White	
1877	5 White	From 1877 or even 1876, these cases are more than likely already enumerated under Dr. Jones' cases, as he was connected with the Ch. Hospital at that time. Dr. Salomon also, in 1880, reported 3 of his cases from the Ch. Hospital.
1878 missing	—	
1879	7 White	
1880	7 White	
1881	none	
1882	3 White	
1883	3 White, 2 Black	
1884	6 White, 2 Black	
1885	5 White, 1 Black	
1886	1 Black	
1887	5 White, 1 Black	These cases are most apt to be identical with those reported by Blanc as he was dermatologist to the Hospital at the time.
1888	9 White, 3 Black	
1889	4 White, 2 Black	
1890	2 White	
1891	2 White	
1892	4 White, 3 Black	The comment must be made that all of these cases are only useful in this report as correlative evidence of the existence of the disease and, therefore, an argument for the endemic nature of the disease.
1893	2 White, 3 Black	
1894	1 White, 1 Black	
1895	2 White, 3 Black	
1896	3 White, 2 Black	

Comment: It would be impossible to say how many of these cases have been re-entered from year to year, or have been re-admitted several times in one year. I recall a case of elephantiasis Arabum in my own service (dermatologic), which has for three years been entered at least once every two months on the hospital record and each time it goes down as a new case. For example if he left the hospital four times in one year and was re-admitted four times, the

hospital record at the end of the year would show four cases of elephantiasis Arabum, when, in reality, there had been but one case. Of the 112 cases, then we cannot conclude that even half or even one-third are bona fide cases. In fact since 1892 I have seen four cases of leprosy in the hospital (all recorded here), whereas the table herewith accounts for 21 cases and as I have been always called in for a diagnosis, or to see such cases, I must say that I cannot report these cases as authentic, or as real cases, as they may be numerically extensive through the repeated entering on the books of the hospital, with a false conclusion. This readily explains the apparently large list.

Sewell's Digest-City Ordinance H 6022 a. s. Art. 41 also in Jlynn's Digest. pp. 397. June 1896.

„June 1879, all practitioners of medicine, masters of any water craft, hotel boarding or lodging house keeper, principals or masters of any public house, the chief officers or persons in charge of any public institution of charity or of punishment, and heads of families are hereby required to report, within 24 hours, to the officials of the Board of Health, all cases which in their Cognizance of Asiatic Cholera, leprosy', yellowfever, typhus or ship fever, diphtheria, malignant scarletfever, smallpox, varioloid trichiornosis, any other case which may at any time be specified by the Board of Health."

Appendix D: Being several laws bearing on the subject.

Proclamation.

New Orleans, La., Jan. 25, 1895.

To Whom It May Concern: Pursuant to a resolution adopted at the meeting of the Board of Control of the Lepers Home, held Jan. 8, 1895, the acts of 1892 and 1894, below attached, are made public. The duties of the public officers are here made plain. The duty and function of the Board of Control are likewise plain. The danger of contagion, to which all are exposed by the increasing number of lepers in this state, and the logical demand for the segregation of those diseased, must appeal to every citizen. In publishing these acts, we desire to elicit the sympathetic assistance of every public-spirited citizen in the state in our effort to eradicate leprosy from our midst. The experience of Norway and Sweden has demonstrated the only way of accomplishing this, the way suggested by the act creating this board. We have provided a suitable home, located in Iberville parish, on the old Indian Camp plantation, accessible by boat and by railroad, the Texas and Pacific and the Mississippi Valley, surrounded by the liberty and comforts which the imprisoned leper in his own desolate family life cannot enjoy. We have as well provided for the medical care and such safeguards as the public demands. Modern hospital methods are used, and the conveniences in the way of furniture and household materials sufficient. We are anxions to spare the individual leper the embarrassment and mortification with which the publicity of the legal procedure of committal is attended. We shall be glad, therefore, to receive all lepers at any time upon demand for ad-

mission, irrespective of race or color, age or sex. This we advise, but at the same time remark that the assistance of the law will be invoked to aid the purpose of our efforts. Let it be understood that this is a public notice of our readiness to receive patients, while it is an appeal to all, the leper, the citizen and to the sheriff of each and every Parish, and that it asks their aid in the fulfillment of a none too grateful task imposed upon us by the chief magistrate of this state.

(L. S.) Isadore Dyer, M. D.
President of the Board of Control the Leper's Home.

No. 85.

An act to prevent the spread of leprosy, and to provide for the treatment of same, and for isolation of persons afflicted with said disease and penalties for non-compliance with the provisions of this act.

Section 1. Be it enacted by the general assembly of the state of Louisiana. That whereas the disease known as leprosy, which is contaminating and dangerous to the public health and welfare, exists in this state, and that persons afflicted with said disease are permitted to be at large, thus endangering public health.

Section 2. Be it further enacted, etc., That all persons afflicted or suffering with said disease of leprosy shall be confined in an institution isolated and used for the treatment of said disease, and it shall be a misdemeanor for any one to harbor a leper or lepers, and the penalty to be imposed upon any one harboring said leper or lepers and refusing to commit them to the care of said institution shall, on conviction before any committing magistrate in this state, be subject to a fine of not less than five dollars nor more than twenty-five dollars, or imprisonment for a term not exceeding thirty days, said fine shall go to the support of said institution, and said party so found to be a leper shall be committed to said institution. That whenever it shall be made known to the judge of the district court, by the petition and oath of any individual, that any person afflicted with leprosy within his district ought to be sent to or confined in said institution, it shall be the duty of said judge to issue a warrant to bring before him in chamber said person so afflicted with leprosy, and after proper inquiry into all the facts and circumstances of the case, if in his opinion he ought to be sent or confined in said constitution, he shall make out his warrant to the sheriff of the parish, commanding him to convey said leper to said institution, for which duty the sheriff shall have the right to demand the same fees as are now allowed by law for the conveyance of insane persons to the state insane asylum, which shall be paid out of the parish treasury upon the order of the district judge, and likewise all other expenses previously incurred in bringing said person before the district judge.

Section 3. Be it further enacted, etc., That the buildings and institution situated in the city of New Orleans, in this state, now used or that may hereafter be selected or directed to be used for the care

of and treatment of leprosy, under a contract with the city of New Orleans, by virtue of an ordinance No. 5785, passed and adopted on the 31st day of March, 1891, shall be the institution to which lepers shall be sent and committed under the penalties provided for in section 2 of this act.

G. W. Bolton,
Speaker of the House of Representatives.
Charles Parlange,
Lieutenant Governor and President of the Senate.

Approved July 7, 1892:

Murphy J. Foster,
Governor of the State of Louisiana.

A true copy from the original:
(L. S.) Geo Spenger,
Assistant Secretary of State.

No. 80.

An act to provide for the appointment of a Board of Control for the Leper Home, and to provide for the care and treatment of persons so afflicted with leprosy.

Section 1. Be it enacted by the general assembly of the state of Louisiana, That a Board of Control for the Leper Home, consisting of seven memhers, to be appointed by the governor of the state, by and with the advice and consent of the senate, whose duty it shall be to provide for the proper care, treatment and maintenance of all persons in the state of Louisiana who are now or may hereafter be afflicted with leprosy, and for that purpose they shall be authorized to arrange for a contract with any responsible physician, skilled in the care and treatment of such disease, for the care, treatment and maintenance of all such persons so afflicted; that said board shall have power to remove for cause said contracting physician, and annul his contract, and to enter into a new contract with any other physician, in accordance with act No. 85 of the session of 1892.

Section 2. Be it further enacted, etc., That the sum of five thousand dollars be and the same is hereby set apart for the purposes of repairing or constructing and improving such buildings as may be necessary for the purposes of said institute.

Section 3. Be it further enacted, etc., That the sum of ten thousand dollars per annum be and the same is hereby appropriated for the purpose aforesaid, and the auditor is hereby authorized to warrant monthly for the said amounts on the order of the president of said board, countersigned by the secretary of same.

Section 4. Be it further enacted, etc., That as soon as practicable after the appointment of said board they shall meet and organize by electing a presideut and secretary, whose duties shall be prescribed by said board. All vacancies, whether by death, resignation or otherwise, on said board, shall be filled by the governor.

Section 5. Be it further enacted, etc., That the amount of

appropiration provided for herein shall take effect and be available from and after the organization and appointment of said board, and whose salaries shall be fixed by said board, and after the election of said physician having been certified to by the secretary of state.

Section 6. Be it further enacted, etc., That all laws in conflict herewith be and the same are hereby repealed.

G. W. Bolton,
Speaker of the House of Representatives.

H. R. Lott,
President Pro Tempore of the Senate.

Approved July 7, 1894:

Murphy J. Foster,
Governor of the State of Louisiana.

A true copy:
(L. S.)

Geo. Spencer,
Assistant Secretary of State.

Comment: unquestionably there must have been some legislation specifically directed at the arrest of lepers in the 18th. Century, but at the time of this inscription, the author could not find the file or record wherein this was kept.

Statistik der Leprakrankheiten in Japan.

Von

Kitasato in Tokio.

Statistik der Leprakranken, die in Kitasato's Institut zur Untersuchung gekommen sind, einschliessend Februar 1894 bis Mai 1897.

(Kitasato's Institut für Infectionskrankheiten. Tokio, Japan.)

Tabelle I.

Nach dem Geschlecht getheilt.

Geschlecht.	1894	1895	1896	1897	Summe.
M.	10	54	86	26	176
F.	1	8	18	5	32
Summe	11	62	104	31	208

Tabelle II.

Nach der Art der Krankheit getheilt.

Art der Krankheit.	1894	1895	1896	1897	Summe.
L. tuberosa.	3	11	20	9	43
L. nervosa.	2	15	38	8	63
L. tuber.-nerv.	6	36	46	14	102
Summe	11	62	104	31	208

Tabelle III.

Nach dem Alter getheilt.

Alter.	1895	1895	1896	1897	Summe.
Unter 5 Jahre	—	—	—	—	—
5—10	—	1	—	—	1
Summe	—	1	—	—	1

Alter.	1894	1895	1896	1897	Summe.
Transport	—	1	—	—	1
10—15	—	2	2	1	5
15—20	1	7	14	9	31
20—25	2	15	25	6	48
25—30	2	18	21	4	45
30—35	1	9	20	2	32
35—40	1	1	8	3	13
40—45	1	3	3	1	8
45—50	1	2	8	1	13
50—55	0	1	2	1	4
55—60	2	1	1	1	5
über 60	0	2	0	2	4
Summe	11	62	104	31	208

Tabelle IV.
Nach dem Geschäft getheilt.

Geschäft.	1894	1895	1896	1897	Summe.
Bauer . . .	8	24	49	18	99
Handarbeiter .	—	1	3	—	4
Kaufmann . .	2	5	20	7	34
Schüler . .	—	6	8	1	15
And. Geschäfte	1	26	24	5	56
Summe	11	62	104	31	208

Tabelle V.
Nach der Provinz getheilt.

Name der Provinz.	1894	1895	1896	1897	Summe.
Hokkaido	—	—	2	—	2
Tokio	—	—	4	1	5
Kioto	—	1	2	—	3
Osaka	—	1	2	—	3
Kanagawa	—	—	4	—	4
Hiogo	—	1	3	—	4
Nagasaki	—	—	1	—	1
Nigata	—	—	2	—	2
Saitama	2	3	4	2	11
Gumma	—	6	5	6	17
Chiba	1	3	4	3	11
Ibaraki	—	4	1	1	6
Tochigi	1	4	7	2	14
Nara	—	—	2	—	2
Miye	—	6	2	1	9
Aichi	—	3	3	2	15
Schizuoka	—	4	9	2	5
Latus	4	36	57	20	114

Name der Provinz.	1894	1895	1896	1897	Summe.
Transport	4	36	57	20	114
Yamanaschi	—	—	5	—	5
Schiga	—	1	2	3	6
Gihu	—	1	4	1	6
Nagano	1	2	4	2	9
Miyagi	—	—	—	—	—
Hukuschima	1	—	2	—	3
Iwate	—	1	—	1	2
Aomori	—	3	—	—	3
Yamagata	2	1	3	1	7
Akita	—	—	2	—	2
Hukui	—	—	1	—	1
Ischikawa	—	1	1	—	2
Toyama	—	—	1	—	1
Tottori	—	—	—	—	—
Schimane	—	—	1	—	1
Okayama	—	3	4	—	7
Hiroschima	—	—	—	—	—
Yamaguchi	—	1	4	—	5
Wakayama	—	—	—	1	1
Tokuschima	—	—	1	—	1
Kagawa	1	1	2	—	4
Ehime	—	—	1	2	3
Kochi	—	—	1	—	1
Hukuoka	1	2	1	—	4
Oita	—	3	3	—	6
Saga	—	—	2	—	2
Kumamoto	1	3	—	—	4
Miyasaki	—	2	—	—	2
Kagoschima	—	1	2	—	3
Okinawa	—	0	0	—	—
Summa	11	62	104	31	208

Name der Provinzen		Name der Provinzen		Name der Provinzen		Name der Provinzen	
Tokio	374	Nara	—	Yamagata	412	Kagawa	395
Kioto	158	Miye	455	Akita	212	Ehime	—
Osaka	—	Aichi	1019	Hukui	43	Kochi	413
Kanagawa	—	Shizuoka	—	Ischikawa	165	Hukuoka	1234
Hiogo	518	Yamanashi	300	Toyama	121	Oita	955
Nagasaki	769	Shiga	275	Tottoti	222	Saga	—
Nigata	408	Gihu	691	Shimane	313	Kumamoto	2473
Saitama	379	Nagano	377	Okayama	626	Miyazaki	—
Chiba	657	Miyagi	—	Hiroshima	572	Kagoschima	—
Ibaraki	448	Hukushima	649	Yamaguchi	748	Okinawa	546
Gumma	626	Iwate	561	Wakayama	217	Hokkaido	—
Tochigi	351	Aomori	678	Tokushima	538		

Gesammte Summe 19898.

Bemerkung: Die Lepra verbreitet sich fast gleichmässig im ganzen japanischen Reich, zeigt also an Meeresküsten, oder auch in Berggegenden keine besondere Differenz.

Leprosy in Hawaii: a Critical enquiry.

By

J. Ashburton Thompson (Sydney).

Preface.

This paper was written under the following circumstances. The epidemic of leprosy in the Hawaiian Islands has attracted general attention, by its magnitude or by the rapidity with which the disease is thought to have spread to every island; and from many pens accounts have appeared containing statements which would have important bearing on the aetiology of this disease, if they were matters of established fact. Yet the details which alone could give them validity were never intelligibly recounted.

Having occasion to take a holiday in the winter of 1896, I visited the group with a view of making some enquiry into the circumstances under which this epidemic had occurred and had been managed; to learn, in short, whether any record of it existed which could be made useful for scientific purposes. Honolulu is 5000 miles from Sydney — — — a sixteen days voyage by mail-steamer. It was scarcely to be expected that much of importance could be achieved during the short time ashore which so long a journey would allow; and yet, as will be seen, my purpose was sufficiently well served. I hasten to say that this result was mainly due to the courtesy and friendliness which were extended to me, not merely by the Government of the Republic and every official, but also by my colleagues. Indeed, my grateful acknowledgments are due to so many gentlemen that it would be invidious to particularise; yet among the members of the Government of that day His Excellency the Attorney-General and President of the Board of Health William O. Smith, and His Excellency the Minister for Foreign Affairs Judge Henry E. Cooper, must be mentioned by name. And thus, although I was able to stay in the group only from towards the end of April to the third week in May — summer months, by the way, on that side of the line — I was enabled to see every thing of importance, to converse with many people who were peculiarly fitted to furnish information either by length of residence, or length of service with the Government, or from their then official position, and to consult the more important of the records now existing. The result of these enquiries was a collection of notes from which, aided by the long series of Reports of the

Board of Health to the Legislature, the following resumé has been compiled.

Sydney, October 1897. J. A. T.

Sec. I. Geographical position.

The group consists of eight islands which lie on a line running north-west between N. latitudes 19° and 23°. The names, area. and elevation of the islands are as follows:

Table 1.

	Area in stat. sq. miles	Acres	Height in feet
Hawaii	4,210	2,500,000	13,805
Maui.	760	400.000	10.032
Oahu	600	360,000	4,030
Kauai	590	350,000	4,800
Molokai. . . .	270	200.000	3.500
Lanai	150	100,000	3,000
Niihau	97	70,000	800
Kahoolawe. . .	63	30,000	1,450

All of them are inhabited; Kahoolawe, however, is used as a ranch, and its people are ranchmen and their families. They are constantly swept by the N. E. trades, and the temperature but pleasantly warm during the day, is cool at night.

Sec. II. Meteorology.

The following table gives a summary of meteorological observaqions made at Oahu College (Honolulu) by Professor A. B. Lyons during 1894—95: (See p. 272).

Sec. III. Population.

The first general enumeration was attempted in 1832; others followed in 1836, 1853 and 1860; all were of a simple and rudimentary character. The present system of enumeration dates from 1866. Table 3 shows the population at the successive enumerations and censuses:

Table 3.

Islands	Census 1832	Census 1836	Census 1853	Census 1860	Census 1866	Census 1872	Census 1878	Census 1884	Census 1890
Hawaii . . .	45,792	39,364	24,450	21,482	19,808	16.001	17,034	24,991	26,754
Maui	35,062	24,169	17,574	16,400	14.035	12,334	12.109	15,970	17.357
Oahau . . .	29,755	27,809	19,126	21,275	19,799	20.671	20,239	28,068	31,194
Kauai	10.977	8,934	6,991	6,487	6,299	4.961	5,634	*8,932	*11.859
Molokai . . .	6,000	6,000	3,607	2,864	2,299	2.349	2.281	2,614	2.286
Lanai	1,600	1,200	600	646	394	348	214		
Niihau . . .	1,047	993	790	647	325	233	117	—	—
Kahoolawe .	80	80	—	—	—	—	—	—	—
Totals	130,313	108,579	73,138	69,800	62,959	56,987	57.985	80,578	89.900
All Foreigners			2,119	2,716	4,194	5,456	10,383	36,346	49.278
Hawaiians			71,019	67,084	58,765	51,531	47.602	44,232	40,622

* Including Niihau.

Table 2.[1]) Summary of Meteorological observations at Oahu college, 1894—95. (By Prof. A. B. Lyons.)

Month	Barometer* Daily Range Mean	Barometer* For the Month Hst.	Barometer* For the Month Lst.	Barometer* For the Month Mean	Temperature Daily Range Max.	Temperature Daily Range Mean	Temperature For the Month Hst.	Temperature For the Month Lst.	Temperature For the Month 6:30 p. m.	Temperature For the Month 12:30 p. m.	Temperature For the Month 9:30 p. m.	Temperature For the Month Gen. Ave.	Atmospheric State Dew Pt. Mean	Atmospheric State Rel. Humid. Midday	Atmospheric State Rel. Humid. Night	Rainfall	Cloudiness %	Days Trade Wind
1894 July	0,59	30,19	30,03	30,094	14	8,29	83	68	72,13	80,42	73,34	75,29	64,9	60,6	78,1	1,09	40	31
August	0,59	30,16	29,96	30,070	21	9,95	86	63	71,66	81,61	74,35	75,87	64,7	58,5	76,0	0,26	39	27
September	0,68	30,19	29,93	30,053	17	8,61	85	68	72,72	81,33	74,58	76,22	65,6	61,3	76,7	1,63	46	27
October	0,47	30,18	29,90	30,053	14	7,13	82	67	71,90	79,03	73,26	74,73	65,9	67,1	79,0	2,41	47	27
November	0,85	30,11	29,87	29,993	16	7,84	82	66	69,98	77,82	71,83	73,21	67,1	71,3	85,9	10,57	53	12
December	0,88	30,21	29,87	30,079	13	5,71	79	62	68,76	74,47	69,50	70,91	61,6	66,9	76,9	3,72	53	26
1895 January	0,80	30,11	29,82	29,971	17	7,93	79	57	66,84	74,77	68,99	70,20	63,5	71,6	83,9	2,63	60	6
February	0,71	30,24	29,76	30,044	17	7,59	80	60	67,11	74,70	68,98	70,26	61,5	67,4	78,3	2,56	50	13
March	0,69	30,22	29,97	30,104	10	7,21	79	62	67,11	74,31	68,53	69,99	58,2	59,1	71,8	2,15	61	26
April	0,68	30,27	30,02	30,113	22	9,07	84	62	68,33	77,40	70,45	72,06	62,2	62,6	77,3	2,10	44	27
May	0,55	30,22	29,97	30,105	20	9,97	85	63	70,77	80,74	72,61	74,71	64,1	59,1	77,6	1,58	46	25
June	0,52	30,14	29,98	30,061	15	6,94	84	67	72,58	79,52	73,50	75,20	64,3	59,1	77,7	1,67	56	29
Year	0,67	30,27	29,76	30,063	22	8,02	86	57	69,99	78,01	71,66	73,22	63,7	64,2	72,3	32,37	49,8	276
Past 6 years	0,69	30,27	29,69	30,048	27	7,95	90	54	71,16	79,19	72,79	74,43	65,1	63,9	75,0	36,61	45,7	266

* Barometer readings corrected for temperature and reduced to sea level. The latitude correction, which is —0,058, has not been applied.

1)

Year	Pressure Mean Bar.	Air Temperature Mean	Air Temperature Means of Min.	Air Temperature Means of Max.	Air Temperature Absolute Min	Air Temperature Absolute Max.	Relative Humidity	Rainfall	Raining days	Wind Prevailing Winds Mean direction
1895	30,015	79°	* 72	83 *	68	88	74%	109,00	247	S. E. — E.
1894	29,986	80°	* 72	84 *	59	93	73%	111,80	273	N. E. — S. E.
1893	30,023	80°	§ 72	84 *	62	94	71%	96,45	255	N. E. — E.
1892	29,998	80°	§ 67	88 §	63	94	21%	109,53	269	Mean force
1891	29,921	79°	§ 67	89 §	61	92	69%	90,52	240	2
1890	29,983	79°	§ 68	89 §	61	91	74%	119,20	257	2
1889		79°			63	91	73%	129,09	251	2
1888		79°			63	92	75%	112,55	266	2——5
1887		78°			62	90	76%	95,91	271	2
1886		99°			65	92	77%	85,07	233	2
1885		77°			62	88		76,35	265	2
1884		78°			60	88		92,09	219	
1883		78°			61	91		108,85	214	

* It is interesting to compare with the above table the following Abstract of Meteorological Records taken at Suva, Fiji, — a place in nearly the same latitude as Honolulu, but south of the Line, and an ancient endemic seat of leprosy. Recorded at 9 a. m.: height of instrument above mean sea level 10 ft: height of thermometer above ground level 4 ft: height of rain gauge above ground 24 ft: Latitude 18° 8′ S. Longitude 178° 26′ E. Corrections made. * Means of monthly mean minimum and maximum. § Means of monthly absolute minimum and maximum. Corrections not applied previous to 1886.

B. Glanvill Corney, P. M. O., 2. 7. 97.

Table 4: shows population at the last census, 1890, distributed under nationality, sex, and principal localities.

Nationalities	Honolulu, Oahu	Wailuku, Maui	Lahaina, Maui	Hilo, Hawaii	Lihue, Kauai	Population whole Islands
Natives, males	4,494	1,260	687	1,076	411	18,364
„ females	4,068	1,178	599	900	310	16,072
Half-castes males	1,257	267	199	175	49	3,085
„ females	1,346	248	101	189	61	3,101
Chinese, males	3,950	1,202	89	1,264	347	14,522
„ females	457	33	5	19	9	779
Hawaiian-b. foreign par., males	1,250	254	41	337	203	3,909
„ „ „ females	1,236	215	39	513	177	3,586
Americans, males	767	65	15	90	11	1,289
„ females	431	23	11	27	7	630
English, males	529	53	7	68	8	982
„ females	267	5	4	16	2	362
Germans, males	261	29	7	27	163	729
„ females	105	5	—	7	108	305
French, males	25	7	—	4	—	46
„ females	23	—	—	—	—	24
Portuguese, males	933	402	29	869	237	4,770
„ females	799	326	24	686	197	3.832
Japanese, males	277	842	249	2,703	363	10,079
„ females	111	183	40	708	60	2,281
Norwegians, males	55	31	—	—	6	155
„ females	21	11	—	—	6	72
Polynesians, males	49	22	33	22	23	404
„ females	23	14	15	8	17	184
All others, males	151	36	7	27	16	271
„ females	22	32	2	—	3	49
Totals	23,907	6,708	2,113	9,935	2,792	89,990

Table 5: shows the nationalities of the population at all the census dates from 1866 onwards; this information was not gathered in earlier years.

Nationality	1866	1872*	1878	1884	1890
Natives	57,125	49,044	44,088	40,014	34,436
Half-castes	1,640	1,487	3,420	4,218	6,186
Chinese	1,206	1,938	5,916	17,937	15,301
Americans		889	1,276	2,066	1,928
Hawaiian-born of foreign parents		849	947	2,040	7,495
English		619	883	1,282	1,344
Portuguese		395	436	9,377	8,602
Germans	2,988	224	272	1,600	1,434
French		88	81	192	70
Japanese		—	—	116	12,360
Norwegian		—	—	362	227
Other Foreigners		364	666	416	419
Polynesian		—	—	956	588
Total	62,959	56,867	47,985	80,578	89,990

* This was the first census at which the complete division of nationalities was noted.

Sec. IV. Foreign relations.

The Hawaiians, who belong to the Mahori branch of the Polynesian peoples, have always been bold sailors. According to Fornander[1]) there is evidence of intercommunication and intermarriage between them and Tahitans, Marquesans, and Paumotu islanders beginning as far back, perhaps, as the 12th century; but there are no written records. The two former of these groups at all events are leprosy-areas. There is a record that a chief named Kahaina visited China in 1778. About 1798 the north Pacific whaling fleet began to make the group their base for refreshment; they assembled at Honolulu (Oahu) and at Lahaina (Maui) regularly from about 1819; they were chiefly American vessels, and they numbered among their crews natives of many leprosy-areas — Negroes, Portuguese, both coloured and white, Chinese as cooks and supercargoes, etc. etc.; and the first Chinese settlers are said to have been some of these men, who deserted their ships and became storekeepers etc. ashore. In 1810 the Hawaiians began to raise revenue by taking sandal-wood to Chinese ports in foreign-built vessels. In 1832 a castaway Japanese junk which still contained four living Japanese reached the group; and in Dibble's „History of the Sandwich Islands" there is mention of another castaway Japanese junk which was picked up 3000 miles away from the group, but in such a position that currents and prevailing winds would probably have carried it there at last. In a daily paper[2]) appeared a notice of the death of a Tahitan sent from the Society Islands as a missionary by King Pomare, who arrived in 1826. In an old minute book of the Board of Health I found mention of the sudden death of a Marquesan woman; and in short. if lepra can be imported it is not necessary to refer exclusively to Chinese as the carriers of the disease. The fact that the Hawaiians had communication with the inhabitants of many other leprosy-areas, both by immigration of them and by visiting their countries, must not be overlooked; and it is specially important, from this point of view, that such communications occurred not merely in ancient times, but even more surely during times which, while still modern, yet preceded the certain recognition of the presence of lepra in this group by many years.

Sec. V. Imported labour from leprosy-areas.

According to a paper by Professor W. D. Alexander, Surveyor-general to the Government, the first importation of Chinese coolies occurred in the year 1851 when 180 were landed; in 1852 a hundred more arrived. It was not until 1864 that a bureau of immigration for Chinese was established, and in that year Hillebrand was despatched to China to arrange for regular shipments. A small number of Kanakas from various Pacific groups began to arrive in 1868, but they proved useless for labour purposes. In 1868 a first shipment of 48 Japanese

1) The Polynesian Race, by Abraham Fornander. London 1878.
2) Pacific Commercial Advertiser. Oct. 24. 1861.

arrived. Arrangements for importing Portuguese from Madeira and the Azores were made in 1878 by Hillebrand, then resident at Funchal; these immigrants proved to be the most useful and have arrived steadily year by year ever since. During the same and the six following years about 2000 natives from various South Sea groups (Fiji, New Zealand and the New Hebrides[1]) among them were imported, but mainly from the Gilbert Islands; again they proved useless, and nearly all were returned to their islands. In 1866 the Chinese numbered 1200; in 1878, 6000; in 1880 their influx had become so great as to alarm the Government, and a law was passed to restrict it. At the latter date an attempt was made to encourage immigration of Norwegians and Swedes, and during the next few years considerable numbers were introduced. In 1884 systematic immigration of Japanese began, with the result that there were 24000 of them present in 1895. Thus, as to still later years than those referred to above, it is clear that very large numbers of immigrants entered the group from many different and conspicuous leprosy-areas, beginning about the year 1851. The only piece of direct evidence concerning leprosy among the Chinese (or other foreigners) at early dates with which I have become acquainted was contained in an unpublished paper by the late Dr. Hoffmann of Honolulu, to which further reference will be made below: he wrote (1872) „the disease has not in my opinion been introduced by Chinese during the last 22 years as is believed by some; I have had but two coolies among the total number of lepers" (he was physician for several years to the first receiving-station for lepers), „and they were isolated soon after their arrival."

Sec. VI. Names given to Leprosy.

It seems probable, though, I believe, possibly not certain, either that there is no native word for leprosy, or that none now survives in the language — no such word, that is to say, as the Samoan ma'e o-le-supe, the Tongan kilian, the Fijian vuka-vuka, or the Maori ngeri-ngeri; in which last language indeed there are several names appropriated, probably, to different clinical forms of the disease such as tuhawaiki, tuwhenua, mahaki, mutumutu, ringamutu and taiko.[2]) The terms now in use are two, and there is another which has been used. Lepera (often pronounced lepela) is merely the Greek word in a native form, in which the redundant e is introduced because kanakas in general cannot pronounce two consecutive consonants) it is used in translating the bible. Ma'i Pake is the term commonly employed now; it means „Chinese disease". No one of importance now supposes that it implies origin of the disease with Chinese, although this suggestion has been made occasionally by foreigners. Two explanations of its adoption have been given. His Excellency Walter M. Gibson, a former Minister for Foreign Relations

1) These three are leprosy-areas, but it is unlikely any labour was actually recruited at the two former.

2) The Maori-Polynesian Comparative Dictionary: by Edward Tregear. Wellington N. 2; Lyon and Blair. 1891.

and President of the Board of Health, pointed out that the natives called every strange thing „Pake“ or „Chinese,“ and instanced lettuce which they called kakipi Pake, or „Chinese cabbage“: the other is that when the disease began to become more common it was first named by Chinese who had seen it in their own country; and this last is the accepted explanation. There is another term which is no longer in use, nomely ma'i ali'i. These two words are the Hawaiian form of the Maori words maki ariki, and mean „chief's disease;“ their application to leprosy is now nommonly thought to have been the result of the occurrence of the earlist case, which became widely known in the group, in the person of a chief (see Na'ea below). Professor W. D. Alexander was good enough to write to me on this topic as follows: „Nobody here divides these words in any other way, or translates the expression otherwise. Ali'i is the same with the New Zealand word ariki. Dr. Emerson agrees with Dr. Mc. Kibbin in thinking that the term was applied to leprosy“ for the reason already mentioned above. All three gentlemen were familiar with the native language from infancy. If the letters were differently divided it appears possible that the resulting words might have a different signification, but one still connected with disease[1]). They would have a similar sound; and if it were the case that ma'i-a-li had in older times been applied to leprosy, which in these islands is a disease conspicuously attended with chills end fever, then confusion between it and ma'i ali'i might easily have arisen in the popular mind when the death of the chief became matter of common talk. And while the at present explanation accepted is highly plausible, it seems not to have been always current. Dr. Bemiss[2]) spoke in the following terms of this phrase: „It may be then that the disease was present here in a dormant state long before it became generally known — at least to foreigners. The old disease mai alii (chief's disease), is generally supposed to be Elephantiasis Arabum, or else the result of high living, in which the chiefs indulged. Some, however, have thought it not too much to suppose some of the cases to have been leprosy“. The writer was certainly mistaken in his reference to E. Arabum, for it has never been encountered in this group. But it will be observed that he spoke of „the old disease“ as though everyone were aware that some disease or another had been customarily referred to in old times as „ma'i ali'i“ (as he wrote it, but possibly as ma'i-a-li). Secondly, Mr. Meyer[3]), told me that he perfectly well remembered the term being used by old chiefs in conversation with him in early times,

1) LII, adj. Aguishi sick of ut a fever and ague. See LI. — LIS. The chill or shake of an ague fit: ary sickness conneted with the chills: LI NUI, inflammation. A Dictionary of the Hawaiian Language; Lorrin Andrewes, Honolulu, 1865.

2) J. H. Bemiss, M. D., of Lahaina (Maui), New Orleans Med. and Surg. Journ., April 1880: reprinted in Leprosy in Foreign Countries, Honolulu, H. I. 1886.

3) Mr. R. W. Meyer arrived in the group in 1850, and took up a ranch on Molokai at Kalae, a place not far from the brow of the pali which separates the Settlement from the rest of the island. At a very early date he became agent for the Board: he had control of the stores and general arrangements, and reported annually on reasons, as well as because of his observant and cautious habit of mind, his evidence on many points is very valuable.

and that it really did refer to a particular disease of which he had forgotten the ascribed characteristics, but which was sometimes attended with ulceration of the legs. Were it definitely settled that the sounds now referred to could not have, and never could have had, any other signification than „chief's disease", then, apparently, the casual explanation of their application to lepra must be the true one; for the only disease which might have been almost confined to chiefs which can be suggested is the awa disease (awa, kava, yaquona — Macrŏ Piper Methysticum, Seebohm); though I am informed that it never was peculiar to them in this group. There the root never was either scarce or tabu, as in some more southerly islands, where, in fact, the chiefs alone used it in such quantity as to produce „the symptoms which are easily recognisable in old topers"[1]). The etymological question appears to have interest, therefore, in the present connection and might well be authoritatively discussed.

Sec. VII. The earliest recognised cases.

Dr. Bemiss[2]) wrote „the Rev. W. P. Alexander who came here in 1833, says the first case he met with personally was that of a native Hawaiian in about 1838, living in a very isolated locality on this island (Maui), but he had heard several years before that a chieftess in Lahaina (also on Maui) was affected with the disease." I have not seen the account which seems to have been here quoted. Dr. Arthur Mouritz, was resident physician at the Settlement when he contributed a paper[3]) in which he drew attention to the following quotation from the published diary of the Rev. C. S. Stewart, an American missionary who landed in the year 1823: „July 4th, 1823: Indeed we seldom walk out without meeting many whose appearance of misery and disease is appalling, and some so remediless and disgusting that we are compelled to close our eyes against a sight which fills us with horror. Cases of Ophthalmia Scrofula and Elephantiasis are very common." As already remarked above, E. Arabum has never been met with in this group; and Dr. Mouritz thence inferred that by „Elephantiasis" Stewart must have meant E. Graecorum. If it were known that Stewart had any medical education or reading this might be a fair inference; but nothing to that effect appears. Indeed, after perusing the original[4]) I do not feel inclined to lay much stress on this note. It should be mentioned, however, that the author seems to have been aware of the presence of syphilis which disease, it is said, was at that time both prevalent among the natives and destructive; for at page 155 he wrote „not to mention the frequent and hideous marks of a scourge which, more clearly than any other, proclaims the curse

1) Report of a Commission of Enquiry into the Decrease of the Native Population. Bolton Glanvill Corney, P. M. O. President: Suva, Fiji 1896.

2) ubi citato supra.

3) Appendix to the Report on Leprosy, Honolulu, H. I., 1886.

4) A residence in the Sandwich Islands in 1823—1825; by C. S. Stewart, late American Missionary at the Sandwich Islands. 2nd edition, London. H. Fisher, Sons, and P. Jakson. 1828.

of a God of purity, and which, while it annually consigns hundreds of this people to the tomb, converts thousands while living into walking sepulchres; the inhabitants generally are subject to many diseases of the skin. The majority are more or less disfigured by eruptions and sores; and many are as unsightly as lepers. The number of either sex and of any age who are free from blemishes of the kind is very small; so much so that a smooth and unbroken skin is far more uncommon here than the reverse at home." The former quotation was written with reference to Lahaina where the author was then stationed; the latter had a more general application. It is of importance, because it shows clearly that at that date leprosy would probably have been overlooked or confused with syphilis unless the early visitors happened to be familiar with it, of which I am not aware there is any evidence whatever. After consulting a considerable collection of writings touching this group I have been forced to the conclusion that diseases had no interest for the various writers, who touch on every topic but that.

Dr. N. B. Emerson[1]) was good enough to lend me an unpublished paper (already quoted above) by the late Dr. Hoffmann[2]), attached to which I found a series of questions and answers from which I extract the following. They had apparently been addressed to and were signed (according to Dr. Emerson who, when I drew his attention to the document, recognised the signature) by a Mr. Brickwood, who was post-master at Honolulu during a term which included part of the decade beginning 1840; he had previously lived in Egypt, and is supposed to have become acquainted with leprosy there. The important answers ran as follows: „I first saw a case of leprosy in 1844 in a man named Ahia, a tailor by trade, a Hawaiian by birth his case was a very bad one, the African leprosy, characterized by considerable swelling of the face, offensive and peculiar smell, etc. He lived at Kapuukolo (Honolulu)." Brickwood also mentioned some other particulars which showed that he was well acquainted with Ahia's family, and that some of the latter's sisters were married to whites. Although this case was mentioned by Dr. Mouritz[3]) he did not quote this authority, which has not hitherto been published. In the biennial Report of the Board of Health dated 1888, Dr. Emerson remarked that „leprosy was first clearly made out to exist in this country about the year 1840 in the person of one Na'ea His case was reported by the Rev. Dwight Baldwin, M. D.[4]), of Lahaina (Maui) in a communication to the Minister

1) Dr. Emerson was born in the group, educated in the States where he was absent from 1861 to 1879, and became President of the Board of Health in 1888.

2) Dr. Hoffmann was a German subject and practitioner of medicine at Honolulu from 1850 or earlier. The paper now referred to was lent me by Dr. N. B. Emerson, and was dated 1872. Dr. Hoffmann was the first physician appointed to the first Receiving-station established in 1865.

3) ubi cit. sup. p. LXXIII.

4) It is rather important to note in this connection that the ascription of the degree of doctor of medicine to Mr. Baldwin is an error, and that he had no medical education (see Minutes of the Board of Health, 1861 and 1863).

of the Interior dated May 26th., 1864.“ The substance of Baldwin's communication was as follows: The first case which occurred at Lahaina was that of Na'ea; he was a minor chief, but the presumptive father of Queen Emma; the first appearance of the disease was swelling of the back of the hands, the fingers as well; it went on from the hands to the feet and face; and Na'ea died in 1852. Baldwin said that at first he mistook the appearances for the effects of sunburn; and he set the date of attack at 1844, but noted that when Na'ea died his friends thought he had been ill of it for about ten years (1842). Consequently it seems probable that Ahia's may have been the first recorded case, since it appears from the description that he was advanced in illness when first seen by Brickwood in 1844. Of course, also, there is nothing at all to show that Baldwin's phrase „the first case which occurred at Lahaina“ should not rather have been written „the first case which I saw at Lahaina“, and it should be compared with Dr. Bemiss' quotation from the Rev. W. P. Alexander, cited above. In that more accurate form Mr. R. W. Meyer recorded his having first seen a case of leprosy on Molokai in 1859[1]).

Sec. VIII. The disease itself, and its epidemicity, were but recognised gradually.

Both Mr. Meyer and Mr. Dayton[2]) assured me that at first — by which was meant some date between about 1855 and 1863, or the years during which leprosy began to become, or to be known as, a commonly occurring disease — leprosy was not recognised either by the public or by the medical profession, and that the latter called it ma'i Pake because they had no better name of their own to give it. The first printed note in which ma'i Pake was medically recognised as leprosy was included in the annual report on the Queen's Hospital made by Hildebrand in 1863, in which he drew attention of the trustess „to the rapid spread of that new disease called by the natives ma'i Pake“, which, he added, „was the true Oriental leprosy“. So that in 1863 identification of the disease was formally announced; and it may not have been delayed quite so long. It might be gathered that the newspapers which began to appear regularly at a date considerably before 1863, would furnish important information; but there are scarcely any notices of leprosy in them, and I have been assured that reference to it was purposely omitted from them for fear of injuring the commercial development of the group. However, in 1861, a note

1) It must not be taken that all these gentlemen named and recorded these cases at the early dates to which they refer them.

2) Mr. David Dayton arrived in the group in 1855; he became an officer of police in 1858, and soon afterwards Deputy Marshall of the Kingdom; he was Agent of the Board of Health in connection with the execution of the Leprosy Act from its passing in 1865; his duty in this respect was to supervise the collection and reception at Honolulu (Oahu) of reputed lepers from all the group, and their transmission to the Settlement, or their return home as the case might require, and he continued in this post until 1881. In 1892 he became President of the Board of Health.

did appear[1]) in which it was remarked that „Mr. Doirron informs us that on his vaccination tours among the natives in the settlements near Honolulu, he has met with many cases of a disease resembling leprosy". On this point of diagnosis an interesting piece of direct evidence appeared in the unpublished paper by Hoffmann, already referred to, where, in reporting on the results of his treatment and the discharge by him as cured of a smaller proportion of cases in years shortly before the date of his writing (1872) than formerly, he very frankly explained that „the cause of this is my now better understanding the difference of syphilitic and real leprosy symptoms, which will ever be to the most experienced occasionally very difficult to distinguish. I therefore dismissed, as cured, in the first years of my practice on lepers only syphilitic patients, and my experience ever since has only led me to the unsatisfactory conviction that I cannot cure leprosy." This quotation shows clearly that for a long time after the presence of leprosy was well known, Hoffmann, who had large opportunities and every occasion to attend carefully to the cases of this kind, remained unable to discriminate with certainty between which, from seven years before had been referred to him in his official capacity of physician to the Receivingstation syphilis and leprosy — which diseases nevertheless do not, closely resemble each other, save exceptionally. So that if a medical man, alive to the presence of lepra, often mistook syphilis for it, it is apparent that early missionaries and others not acquainted with leprosy (but, on the other hand, impressed with the alleged prevalence of syphilis) might very probably have overlooked it, even if it were quite commonly before them. Now, my 262 nd note, made near the end of my visit, was a summary and ran as follows: „All competent witnesses hold the following opinion; that there is no record nor distinct tradition of the invasion of the disease; when attention was first attracted to it, cases existed on every island of the group; it is not known nor suggested either that any island was attacked long before the rest, or that any remained free after the rest were known to suffer." These were opinions of people who were present in the group before there was mention of leprosy, and who resided there during recognition of its prevalence; and they create this dilemma. Either the disease was not diffused by intercommunication, and originated in the environment under epidemic conditions which affected all the islands simultaneously, or else the so-called beginning of the epidemic was merely the awakening of attention to a disease which had always been present to a greater or less extent on every island, but had been overlooked or mistaken. In both cases the theory of importation from abroad (whether from China or elsewhere) is bereft of the only ground on which it ever has been based. I do not hesitate to express the opinion that there is nothing which can be called evidential to support the assertion that leprosy first appeared in this group during historical times, nor, even, that it first began to become common at some date between 1851 and 1860: although I do think it began to become more common during that

1) Pacific Commercial Advertiser, October 1861.

decade than before, because it could scarcely have been so prevalent then as it was during the decade 1861—70 without having been observed and in some words or other recorded. So, at least, it would seem; and yet the alleged prevalence and destructiveness of syphilis at beginning of the cannot be recalled without misgivings and a suspicion that leprosy was sometimes mistaken for it. Lastly, if the case should really be such as I believe, it would merely present a parallel to the observed recrudescence of lepra in Norway during the present century (as reveled on comparing its prevalence from 1800 to 1830 with its prevalence during the interval 1830 to about 1870).

It will be well, perhaps, to say all that has to be said on the question of diagnosis here. I gathered nothing of very great importance on this topic for the years between 1860 and 1896, though I have one curious note[1]) which seems to betoken a remarkable incertitude both as to syphilis and as to leprosy on the part of three medical men prominent at a remote date in Honolulu. To speak, then, only of what I found at the time of enquiry. I found that the use of pilocarpin as an aid to diagnosis was unknown; that the method of rapidly demonstrating the bacillus in tuberous cases was unknown[2]); and I was not able to satisfy myself that the greater accessible nerve trunks were examined with the regularity and care which the useful information they generally (I am tempted to say, invariably) yield makes strictly necessary. To pass from these generalities to the practical fact, I had opportunity, by favour of Dr. Howard, City Physician, under instructions from the President of the Board, of examining certain persons called „suspects“ who are obliged to report themselves for inspection every month until their cases are decided. Owing to a misunderstanding only five or six appeared although there were about 60 such persons on the list; but they were not in any way selected. The opportunity was taken of re-inspecting two new and recognised cases in women as well. All the rest seemed to be simple cases of leprosy, either smooth or tuberous; there appeared to me to be no doubt at all about their nature, and, the patients being stripped, a few moment's examination sufficed to a confident diagnosis. In relation to management of the epidemic these facts should not be lost sight of.

Sec. IX. The policy of isolation; political and physical circumstances.

Is is thought at the present date by those at Honolulu who are in the best position to judge that the epidemic is declining. The evidence that this is so is not as yet such as can be easily apprehended by the foreign visitor; and it is the case that during the last thirty years a similar opinion has been expressed from time to time only to

1) Minutes of the Board of Health. 1863.

2) It is only fair to point out that Dr. Manson's method of expressing the juice of a tuberosity, making a smear with was mentioned in the epitome of Current Medical Biterature, British Medical Journal, of June 5th, 1897, as a novelty. The abstract was made from a Montreal medical journal.

be contradicted two or three years later by acknowledged facts. Nevertheless, current local information is better now than it ever has been before; there may really be some diminution therefore. But as the alleged diminution is ascribed to the policy of isolation which was adopted in 1865, it is necessary to examine the circumstances under which the law has been executed before giving such recorded figures as there are.

First of all it should be remembered that until January 1893 the Government was monarchical, and the sovereign was of Hawaiian blood; further, the form of monarchical government was representative, so that both in the legislative Assembly and in the Cabinet there were Hawaiians of important influence, as well as whites. Secondly, the natives always preponderated in number over the white population (foreign and native-born together), and consequently leprosy always appeared to weigh much more heavily on them. From these circumstances it resulted that the law under which all lepers were liable to be segregated became a matter of much political importance both for election-purposes, and to every Government; and it is admitted that it was executed with widely differing degrees of efficiency in different reigns — sometimes with vigour, at others scarcely at all; its operation in the latter case being almost confined to these who voluntarily submitted or, from progress of their disease, had become helpless. From 1887, however, when the royal prerogative first began to be checked, more continuous, steady, and equal efforts were made to isolate all detected lepers; yet it seems to have been only after the establishment of the Provisional Government in January 1893 (as a preliminary to formally introducing the Republican mode, which was finally effected in July 1894) that this policy was prosecuted in a more businesslike manner.

After a few years of agitation, an Act to Prevent the Spread of Leprosy was assented to on January 2rd. 1865. Its leading provisions gave the President of the Board of Health (a post then and for long afterwards held by the Minister for the Interior ex officio, though between 1889 and 1890 by medical men, in 1890 — 2 by Dr. W. Dayton, and thenceforward by H. E. the Attorney-General) power to set apart land for the seclusion of such lepers as, in the opinion of the Board of Health or its Agents, might by being at large cause the spread of leprosy, power to release any who recovered, and power to appoint a place in which to collect and treat all suspects. They acted with energy, and during the year had established their hospital at Kalihikai, about three miles west of Honolulu, and had purchased a portion of that tract which juts out at sea-level from the foot of the lofty pali bounding the windward side of the island of Molokai. During subsequent years the whole of this promontory, which has an area of about 6000 acres, and which, looked down upon from the pali, has much the appearance of a semi-circular bracket projecting from a wall, was gradually acquired (with certain exceptions to be further mentioned). As for the hospital, it occupied four positions at four different dates: but it soon ceased to be regarded as a hospi-

tal; it is better therefore to speak of it as a Receiving station, for its chief use was to house suspects, who were brought in from the various Islands for examination, until they could be disposed of according to the view taken of their case. As already mentioned, the Receiving-station was first at Kalihikai; then it was removed to a house in Honolulu „near the fire-station", somewhere in Nuuanu Street; in 1881 it was removed to Kakaako, a suburb a mile or so to the west of the town; and lastly, in 1888, it was once more removed — this time to near its original position, at a part of Kalihi called Kalihi Puuhale.

As the establishment has remained practically the same from the time it was first organized, so also has the machinery for searching out and collecting lepers; improvements of detail there have been, but they are of little consequence to the present subject, and therefore need only be occasionally mentioned. A chief or supervising agent of the Board was appointed at Honolulu (Mr. Dayton, already mentioned, held this post in conjunction with his police duties from the beginning in 1881 he was succeeded by Mr. C. B. Reynolds who is still acting); and sooner or later other magisterial police or officers were appointed on the several islands each island being under a Sheriff, but also divided into districts supervised by Deputy Sheriffs. Quite at first the tax-assessors (natives) were charged to report to the Treasury all cases of reputed leprosy they saw or heard of, their reports being communicated to the Ministry of the Interior; but soon the Sheriffs and their deputies collected this information, knowledge of cases reaching them through various informal channels additional to their own observation. The suspects, having been collected at the chief landing-places, were transmitted to Honolulu either by the first vessel offering, or else, if the number were sufficiently large, by a special vessel chartered to make a round voyage from Honolulu. In places where there was a medical man the suspects were first referred to him, and he might dismiss them, keep them under observation, or ship them; otherwise they were first medically examined on arrival at the Receiving-station. If deemed to be lepers, they were kept there until a sufficient number had accumulated, and were then transmitted to the Settlement; if not, they were returned to their islands as opportunity occurred. At first their cases were decided by Hoffmann acting alone; after a few years he was succeeded in this capacity by Dr. Mc. Kibbin[1]). This arrangement gradually came to be considered insufficient in the interests of the accused; and about 1884 examinations began to be conducted by a Board of three medical men — occasionally, at all events. In 1887 the examining Board became a permanent institution; and in 1892 its number was increased to five members. Very nearly all lepers sent to the Settlement have passed

1) This gentleman was also born in the group, and after completing his education in the States returned and began practice in the year mentioned. He was Secretary and nember of the Board of Health in 1859 and later; about and down. to 1885 was the physician who decided on the cases of reputed lepers.

through the Receiving-station; but occasionally some were sent there direct from their islands.

The executive difficulties encountered in carrying out the scheme just sketched were many. In the first place, the difficulty of communication was considerable, and was very early complained of by the Board; on this head it is enough to say that the first inter-island steam vessel began to ply only in 1876. The separation of relatives entailed when one or two members only of a family were affected was another difficulty which seems to have been of considerable practical importance. The need to care for children left without support when both parents were affected, or when one parent being affected the other insisted on going to the Settlement too, was another. For many early years after the first two or three removal was generally resisted; and resistance was the easier that many villages were so situated as to be barely accessible, the volcanic formation affording many fertile spots high up among the mountains, and many valleys which were approachable only by sea and at dangerous landing-places. Some of these valleys remained unsearched until quite recent years[1]). Again, though there were several medical men practising in Honolulu during the earlier years there were very few on other islands. Thus for instance, in 1870[2]) the Board, first appointed travelling physicians, to perambulate the group for general medical purposes; the assigned circuits were wide, and even included in some cases portions of different islands, so that visits to any particular village must have been transitory and infrequent. It was not until the regular importation of Portuguese under contracts which stipulated for their medical care at the various plantations that physicians began to be found rather more generally present, at all events at the specially fertile points. Now the medical service is sufficiently well-found, though it must not be supposed, in connection with the present subject, that it is comparable in point of completeness to that, for example, of Norway.

Sec. X. The policy of isolation: Incidental difficulties.

It is difficult no doubt for those who are unacquainted with any but civilized and continental countries to realise the difficulties of administration which are incidental to groups of rather widely separated islands inhabited by primitive peoples, and colonised by a small number of whites whose good government has not so far (had not during the earlier years, in this case) produced a revenue adequate to all needs. Those are actual adverse conditions; and, additionally, the native character has to be reckoned with as a distinct obstacle, which, again, is one whose value can scarcely be appraised by those who have never had to deal with similar peoples. It caused a degree of active resistance to execution of the law which led to much conceal-

1) Mr. C. B. Reynolds report to the Board. 1894.
2) Minute book of Board.

ment of cases; this, in conjunction with the physical features of the country, prevented isolation from being carried out with the requisite thoroughness: and, in another relation it was the cause of an entire indifference to the chances of contracting the disease by association with those who had it. This indifference, whatever may have been the feeling or opinion in which it was rooted, was by itself calculated to seriously impede a policy which, at the best, could scarcely succeed without intelligent cooperation of the people; and at a later date it led to a curious and interesting course of action on the part of many natives. As the good management of the settlement became better known, and the natives began to see that lepers once deported had no cares, but were fed, clothed, and furnished with tobacco, without any need to work for the rest of their lives, many persons actually sought to acquire the disease in oder that they might share that fortunate lot. So that while all natives would without hesitation, and apparently without noticing even the unsightly and sometimes disgusting aspect and state of lepers, continue to live in ordinary household intimacy with them, there sprang up a number who are reputed to have actually done their best to acquire leprosy. As regards natives outside the Settlement, Mr. Meyer told me that he had recently reproved half-a-dozen men whom he found eating out of the same poi bowl with a tuberous leper advanced in illness (poi being eaten by dipping the fingers into the stickey mass and sucking them); but the only answer he got from the party was given by one who at last said sententiously „Do you call it a bad disease? I say it is good. If I catch it, what then? I shall go to the Settlement and work no more." And as regards natives already within the Settlement though not affected, Dr. Swift, at that time resident physician, wrote to the Board in 1892, „Let it be understood (for I can prove it) that to be a leper is a desideratum, if not on the outside it is so at the Settlement", and „Let me state that I can at any time get 20 or 25 kokuas to submit to inoculation with a view to contract the disease, to the end that they may be endowed with the privileges, and supplied with the rations, of the regular leper".[1])

Another incidental difficulty in the way of isolation arose in the need to nurse the deported lepers; and provision for this was made by allowing volunteers to accompany them to the Settlement. They lived in the same hut together, but the kokua (or „helper") as he was called, got no rations, and was expected no doubt to maintain himself. In short he was admitted as a favour, and because affection prompted him to seek to accompany his relative or friend. But these

1) No advantage was taken, I need scarcely say, of the facilities for experiment thus pointed out. As for the amateur attempts of the natives themselves, had they been successful the knowledge must have spread and their method have become known. However, it seems that there is no reason to suppose that the art of communicating leprosy from the sick has been mastered by native Hawaiians; and I conclude that they failed as uniformly, though, from the accident of their living on a leprosy area not as conspicuously as the monks of Mounth Athos whoso story has been told by Dr. Zambaco Pacha. (Voyages chez les Lépreux. Paris 1891.)

kokuas were not under the law, they could leave when they liked, and return again, so that there was free communication between the lepers at the Settlement and the other islands by these intermediaries. And, again, visitors were allowed to go to the Settlement to visit their friends or reputed friends; until three or four years ago they were under no real restraint but lived in family association with the lepers in their huts for long terms, and then returned to their own islands, or sailed to others to pay more visits. Lastly, though the pali paths were difficult and dangerous there has always been some surreptitious communication between lepers able to climb them and the inhabitants of Molokai; and, again, between visitors and lepers confined at the Receiving-station — though in this case chiefly during the years 1881—8 while the latter was at Kakaako. Indeed it was complained that the arrangement of the establishment at Kakaako and the indifference of the natives were such that outsiders could and did get in at nightfall, to pass the night on the same mat as the leper occupants, to share their food, and to smoke their pipes.

Now, I have given few references in support of these statements, because they have been made again and again either in reports of officers to the Board, or in the Board's reports to the Legislature; there is no difference of opinion regarding the fact that the policy of isolation never was pursued, and in detail never was carried out, with steadiness or thoroughness, nor, consequently, in a way at all likely to arrest the spread of a disease which was directly or indirectly communicable from the sick. The truth is that never, at any time, have more than a proportion of existent lepers been isolated — nobody disputes that; and whether that proportion were a large or a small one was never at any time known: only it is to be noted that the successive reports of the Board show pretty clearly that whenever a determined attempt was made during one of the spurts of activity which, as has been stated, periodically occurred, from 200 to 400 lepers could always be found. Since 1888 the Executive has been more regular and persisent in its efforts, and since the establishment of the Provisional Government very much more so than ever before; and it is now said once more that but few lepers remain at large, or (for it is not quite the same thing) unrecognised and unknown. This may be true; but past history shows that some years must elapse before it can be accepted with confidence.

The consequence of the above conditions is that no account of the progress of this epidemic can be written. All that can be furnished is a statement of the number of persons removed to the Settlement, and this is given for the whole term of years in the table below. But the numbers, it will now be apparent, stand in no known relation to the total number affected in the whole group, and fluctuate largely, if not exclusively, in correspondence with terms of greater or less executive energy; above all they cannot be compared with the census-populations:

Table 6: Showing the number of lepers removed to, discharged from (or unaccounted for), and died at the Settlement, in each of the years 1866 to 1895. Report of the Board of Health, 1896.

Year	Admissions	Deaths	Discharged or Unaccounted for	Number on the Books December 31
1866	141	26	10	105
1867	70	25	7	143
1868	115	28	2	228
1869	126	79	11	284
1870	57	58	4	279
1871	183	51	9	402
1872	105	64	4	439
1873	487	156	21	749
1874	91	161	8	671
1875	212	163	14	706
1876	96	122	3	677
1877	163	129	1	710
1878	239	147	0	802
1879	125	209	1	717
1880	51	152	10	606
1881	232	132	0	706
1882	71	121	6	649
1883	301	150	15	785
1884	108	168	8	717
1885	103	142	26	655
1886	43	100	8	500
1887	220	108	4	698
1888	579	212	28	1035
1889	308	149	7	1187
1890	202	158	18	1213
1891	143	212	2	1142
1892	109	137	19	1095
1893	211	151	0	1155
1894	128	155	3	1124
1895	106	128	*15	1087

* Brought to Kalihi for treatment, 12; as witness in a law suit, 1; runaways 2.

Sec. XI. As to some special details.

The value to aetiology of this case under its broader aspects, and as far as it has been described, may, it appears to me be summarised as follows. As to the beginning of the epidemic there is in reality no evidence: as to importation, this (if possible) might have occurred at any time during several hundred years past in all probability, certainly during 60 or 70 years before the presence of leprosy was recognized; and the carriers of the disease might have been members of several races besides Chinese; as the mode of spread there is no evidence, for it was found present on all the islands as soon as it was looked for: and as to its comparative prevalence, either at different

dates or in different localities, there is no evidence. In short the epidemic in Hawaii must be classed scientifically as „unobserved". It can be scarcely necessary now to point out that the circumstances rendered this unavoidable; nor that we have precise data under all the above heads for no leprosy-area.

There still remain subsidiary points, however, which have considerable interest: these are the incidences of the disease on the white population, and the alleged influence of vaccination; there is one of striking interest — the fate of the kokuas; and still one more, which is of unique interest, namely the fate of the kamaainas.

Sec. XII. Incidence of the disease on the whites.

Between 30 and 40 whites have been sent to the Settlement. But many others have left the country in order to avoid confinement, as soon as they became aware they were suffering; and it may be supposed that the Government had no desire to be burdened with the care of persons who were in a position to travel, and who undertook to leave the group within a reasonable time. It is not surprising, either, that no account of the number of whites attacked should be on record, and that there should be but slight means of judging in what degree figures presently mentioned approximate to the truth.

At my visit it happened that I saw three new cases in whites. One was that of an American woman. Another was that of a German labouring man who had lived 25 years on these islands. The third was that of a Norwegian woman, which had not been recognized, though it had been regarded as suspicious: the patient came, not from the Norwegian endemic area (which, she told me she had never visited) but from the neighbourhood of Christiania; she had arrived with her husband (who was still with her) seventeen years ago, appeared to be a very respectable person, and said that she had always shunned the natives as much as possible and at all events had never admitted them to her house; she was in the first eruptive stage of tuberous leprosy. No inference is suggested either that a visitor might encounter three recent cases in whites at whatever date he happened to arrive, or that these three were all the new cases at that time under observation. The fact happened to be as just stated.

Hoffmann wrote in 1872[1]) „only three cases in white people have come under my observation". At the date of enquiry the total number who had acquired the disease was thought to be great (Dayton), possibly about a hundred (Meyer), perhaps about 75 (Reynolds); but these were admittedly guesses, and all that is likely is, that they were not exaggerated.

As far as I can judge, the occurrence of even a hundred cases would represent a heavy incidence on the whites; and the truth probably is (while a hundred is but a guess) that no one ever became aware of all attacks. It might almost be said that this must have been the case; for if the sufferer were in a position to flee the country

1) ubi citato supra.

his case, as soon as it was recognised, would be kept secret to avoid embarrassment on both sides, — that of the Government and his own. And often, I was informed, the fact that a resident had acquired this disease was learnt after he had left, from information sent from the country to which he had gone.

There has been much intimate association between white men and native women; but in all practical etiological respects (except prolonged household contact with recognised lepers) probably whites and natives may be regarded as having been equally exposed. The diet of the natives is now the same as that they have always lived and flourished on, and there is nothing to show that it is less suitable to their needs than the white man's is to his needs; and as for exposure, hard physical labour, and the mechanical trades, whites of all classes (as in all new countries) occasionally suffer or can exercise them.

Sec. XIII. Influence of vaccination.

It has often been alleged that one cause of the diffusion of leprosy over these islands was to be found in vaccination. Especially Dr. Edward Arning may be quoted who, in his second report to the Government[1]) mentioned „the very prevalent opinion among medical men that the unusually rapid spread of the disease may possibly be attributed to the great amount of indiscriminate vaccination which has been carried on“, and added that if his information were correct, „unquestionably new centres“ of leprosy had developed after vaccination was practised.

In 1853 the first epidemic of smallpox occurred[2]); it is computed that 5000 natives were swept away by it. At that time a great deal of vaccination was done by the only available operators, — planters, missionaries, and even natives themselves; and from accounts given me by one or two of the older inhabitants who took their share in that business I infer that septic results were common, that often no attention was paid in collecting lymph to the stage at which the vesicle had arrived, and that probably matter was often taken from mere ulcers. If only it were possible to inoculate leprosy from man to man, then perhaps some diffusion of it might have occurred at the time and by the means referred to; and yet this popular notion (for it is no more) comes into collision with that other popular notion, that in 1853 there were not any lepers — or but one or two at most. Clearly the two are incompatible. It is also certain that those who choose to entertain this view must refer to the vaccination of 1853; for by 1862—63 leprosy was seen to be as wide spread and as prevalent as ever it has been since (that is, according to such evidence as exists), and no great amount of vaccination is known to have been done in the interval. But if later vaccinations, nevertheless, are referred to, another difficulty presents itself.

1) 1885. Appendix etc. 1886. p. XIV.

2) Pacific Commercial Advertiser. November 6, 1862.

The history of vaccination in this group is fragmentary; it is doubtful whether there ever has been any such organization as would warrant reference to a scheme of public vaccination. The Minister for the Interior in his report for 1858 regretted that the office of public vaccinator for Hawaii (island) was vacant; it was noted in the minutes of the Board for 1865 that three physicians resident on Hawaii, Maui, and Kauai had been appointed public vaccinators, while a layman had been requested to act on Molokai and Lanai: again, in 1866, a M. Doirron was in employment of the Board as travelling public vaccinator on Oahu, and reported that he had vaccinated 491 persons; and I have notes of similar casual statements relative to earlier years, during which as much was done, doubtless, as was possible under local circumstances. But apparently it was not until after the small-pox epidemic of 1881 that systematic effort to maintain public vaccination was made or, perhaps, became possible. In 1882 all Government physicians were appointed to be public vaccinators, the number and distribution of these officers throughout the group having by that date become tolerably adequate. In 1884 all state school-children were examined for leprosy by a Commission; and thenceforward every child was required to present a certificate of good health, and of successful vaccination, before being admitted to class. In 1888 calf-lymph cultivated in New England, U. S. A., was first introduced.

From about 1853, then, vaccination was practised; but to what extent, and in what neighhourhoods chiefly? There are no records whatever; and with the exception of M. Doirron and some other lay vaccinators who were paid by fee, and whose accounts were doubtless recorded at the Treasury though they are not now discoverable, there never were any for a very simple reason. This is that public vaccinators were not, and are not, paid by fee, save exceptionally. Vaccination is one of the duties of Government physicians, and is paid by inclusive salary.

Thus, in order to give vraisemblance to Dr. Arning's „unquestionably new centres" it would be necessary to adduce evidence under two heads such as never has been recorded in this group. There is no sufficient, nor nearly sufficient, account either of the number of vaccinations done in any year, or of the localities in which vaccinations were done whatever their number may have been: and, there is no information at all as to the prevalence of leprosy either at times or in places. No comparison is possible, therefore, between the incidence of vaccination and the incidence of leprosy; hence the alleged diffusion of leprosy by vaccination on this endemic area can neither be proved nor denied (except as to the latter, on the ground that leprosy is not inoculable from lepers).

Sec. XIV. The case of the Kokuas.

In the biennial report of the Board for 1868 a general statement was made that whenever wives, husbands, or parents had sought to accompany their sick to the Settlement the Board had not felt justified in refusing them. In 1884 the Superintendent at the Settlement

thought it necessary to recommend that no more healthy children should be allowed to enter, but only the husbands or wives of lepers. In 1888 it was noted that some effort had been made to reduce the number of healthy persons admitted during the preceding biennial term. In 1892 it was reported that very few had been admitted during the biennial term reported on; in 1894 this remark was repeated, and it was said in addition that a rule had been made that all healthy persons should leave the Settlement within a fortnight after the death of the friend with whom they had been admitted.

These healthy inhabitants of the lazaret have already been alluded to. They were received in order that they might nurse their own sick; but they were not provided with rations, nor paid except in the case of a few of the men who were employed from time to time at landing stores, hauling, building material, etc. etc. Neither were they under any necessity to stay a moment longer than they chose; and complaints may be found in the reports of the Board against their leaving after having stayed a considerable time, and against their going away temporarily on visits to other islands. They lived in the same huts with the lepers, and in all respects led a family life in association with them. As long as their friends survived they shared their rations; after they died they often pretended to attach themselves to some other leper, and got their living by visiting successive huts, where, in accordance with the national rules of hospitality they were fed and made welcome. They were called Kokuas or „helpers“. There is no regular account of their numbers from year to year; it is apparent that though a proportion remained permanently after arrival, there was also a circulating stream of tbem between the Settlement and the other islands. In 1872 it was reported to the Board that there were 115 Kokuas, and as many as 178 were enumerated in 1885 (Mouritz): in the years mentioned below their numbers at the biennial census held by Mr. Meyer were as follows.

Table 7.

Year	Male	Female	Total
1888	78	66	144
1890	84	102	186
1892	89	75	164
1894	65	59	124
1895	54	51	105 (21 months)

At each census some Kokuas were recent arrivals; others were older residents; doubtless some of them were the surviving or remaining representatives of admissions made many years before: for, as has been hinted already, they were by no means anxious to leave when their friends died, and, indeed, furnish some of those natives mentioned above as doing all they could to contract the disease so as to acquire a right to permanent free-quarters. It is also necessary to note that their association with lepers scarcely ever, or perhaps never, began with their admission to the Settlement as Kokuas. Usually, or even always, they really were relatives or friends of the lepers with whom

they entered, and with whom they had already lived in household contact at the village to which both were native.

Under all these circumstances the question as to the incidence of leprosy on the Kokuas has a striking, though for obvious reasons not a very important, aetiological interest. There are but two published accounts of enquiry into this matter, and from the result the writers drew conclusions very favourable to the hypothesis of communicability from the sick. Thus in 1885 Dr. Mouritz[1]), then resident physician at the Settlement, wrote as follows: In February, 1885, he examined all the Kokuas; he enumerated 91 males, and 87 females, or 178 in all; in February 1886 he repeated his inspection and found that out of the 178 as many as 5 males and 12 females had become lepers, or 9,5 per cent of the whole. In giving his account of this result he said „so that out of a total of 178 healthy people" 17 had developed the disease in the course of a single year. It is clear that of all the Kokuas admitted some would propably become lepers, for they arrived from villages where they had been exposed not merely to lepers but too every other condition of possible aetiological significance; and if the 178 included all then present, and if all of them were healthy at the first examination, that can only have been because every Kokua who became a leper thereupon ceased to be reckoned as a Kokua and was transferred to the leper-list: yet such transference was not effected either regularly or certainly, as appears from Dr. Emerson's account below. But the whole number had not been admitted shortly before the first date of examination; they were the remaining accumulation of Kokuas admitted during many previous years; so that „developed the disease" is not equivalent to saying that they had acquired the disease within the short space of a twelvemonth.

In 1888 Dr. Emerson, at that date president of the Board, was chairman of a Commission, which included three other well-known practitioners at Honolulu, appointed to visit the Settlement and examine „certain persons enrolled on the list of lepers who were said not to be such, also other persons not so enrolled who probably were lepers". Among those examined were 66 who had originally entered as Kokuas[2]): 31 of them were already borne on the leper-list, and 35 were not recognised as lepers. Of the 31 called lepers the Commission decided that 4 were clean, 4 were „suspect", and 23 were really lepers: of the 35 who were thought to be clean they found that 16 were lepers, 7 were „suspect", and 12 were really clean. These results do not represent the diagnosis of leprosy as having reached any considerable pitch of refinement (16 per cent of the cases being found insoluble), and inevitably (though unfairly) they shed an unfavourable light both on Dr. Mouritz's complete list of 178 healthy Kokuas, and his 17 diseased Kokuas, of two years before. However, in reporting this result to his Board, Dr. Emerson wrote „of 66 Kokuas examined by the commission who therefore probably entered the Settle-

1) Appendix etc. 1886.

2) 66 alone were mentioned; but the total Kokuas then present was 144 (Report to Board, 1888, Meyer).

ment without the suspicion of leprosy in their bodies, twenty-three (but evidently this should be thirty-nine) were found to present unmistakeable signs of leprosy, and 11 more presented symptoms which caused us to declare them suspected lepers. This seemed to the gentlemen who composed the Committee a very strong argument in favour of the contagiousness of leprosy." In this account, also, nothing is said as to the length of stay of those of the 66 who were considered to be lepers — or not lepers; but at all events the reader need not now be told that the statement that they „probably entered the Settlement without the suspicion of leprosy in their bodies" was unwarranted and, indeed, expressed the reverse of the known chances on any aetiological hypothesis. But, more than that, it was perfectly well known to everybody concerned that „suspects" had always been admitted as Kokuas when they happened to offer conveniently (Wilcox, Mc Kibben, Dayton, and others).

The result of verbal enquiries was as follows: Mr. Reynolds said that very few Kokuas had been attacked: Mr. Meyer, judging from his long and intimate acquaintance with the affairs of the Settlement and with the persons confined there, thought that the risk of acquiring leprosy run by any healthy person who went to reside at the Settlement was not great, and that very few Kokuas had developed the disease on the whole; Mr. Dayton considered that very few kokuas had become affected as compared with the whole number admitted in that capacity during the past thirty years.

After my departure Mr. Meyer, of whom I had enquired by letter in hope of getting some more businesslike statement on this subject, was good enough to write as follows: „In regard to the Kokuas or helpers who have been permitted to live with their leper relatives or friends from the commencement of the Settlement — in 1896, now over 30 years, fifty-one have been declared to have become lepers including Fathers Damien and Gregory. Of this number 23 males and 10 females have died, in all 33, leaving 18 — 11 males and 7 females, now alive. This number, 51, may appear very large, but when it is considered that during the first 20 or 21 years there was little or no restriction, and friends were generally allowed to go and live with their sick, and when the sick died they would leave and others would come — so that really the number of people who have lived with the lepers must number over a thousand All the figures I have given you are taken from the official record at the Settlement, and are as correct as they can be had." Now, that is not only a clear and apparently exact account, but it has this special value — that it is given by one whose functions obliged him to know exactly how many persons were entitled to draw rations (in other words, were borne on the leper-list), and consequently the time at which they qualified by becoming recognised lepers; and I should like to leave it as it stands. But that statement that the total had been 52 down to the year 1896, comes into comparison with another statement made by Mr. Meyer in his contribition to the biennial report for 1896[1]); in

1) Appendix etc. 1886; p. CXXXIV.

which he said „Kokuas, or friends living with the lepers, have contracted the disease as per declaration of the visiting physicians, 52". That appeared in the table which he regularly furnished, and which accounted for every person present at the Settlement at the date of the enumeration; the 52, therefore, were alive, and there may or may not have been more (as far as the table goes) who had already died. But if there were 52 in 1886 how does it happen that the total was but 51 (or exactly the same number, supposing the difference of 1 to be a clerical error) ten years later, in 1896?

Nothing more concerning Kokuas stands on record, and I was not able to collect anything more. No exact account of them, nor any nearly exact, exists; and if there were any such, still it would be of little use for aetiological purposes because their life at the Settlement was but a continuation of their village life at home, except in one contingency. If they had become lepers in overwhelming proportion it might be thought that their transference to the Settlement was an unfavourable circumstance; but the only conclusion carrying with it an appearance of safety which can be drawn from the above fragments of information is that nothing of that sort ever happened, at all events.

Sec. XV. The case of the Kamaainas.

The Settlement was but a part of the island of Molokai; separated from the rest by the pali, it is true, and not fertile, but still habitable, and actually held by families in the same way and on the same tenure as other lands elsewhere. These families were the original possessors of this confined area, on which they had lived and maintained themselves from generation to generation for long before it was utilised as a lazaret. They were called kamaainas, — or „old inhabitants"; and their estates were known as kuleanas. That some of them should become lepers even if they had remained undisturbed was to be expected; for their country was a part of the endemic area, and they were in such communication with other islands than their own, as is customary with Hawaiians, a people whose expertness as boatmen is excelled only by their fondness for visiting and gossip, and by whom hospitality is so customarily exercised that in them it can scarcely be reckoned a virtue.

So that as soon as this area was occupied as a lazaret, a most interesting experiment in the communicability of leprosy from the sick began to be tried; for the natives could not be dislodged unless they could be persuaded to sell their land which many of them refused to do. Indeed, the circumstances are, as far as I know, unique. Elsewhere larger numbers of healthy people in the aggregate have exposed themselves in lazarets, no doubt, but nowhere else, I believe have families leading on ancestral holdings the common life of villagers been exposed to the remarkable risk — if any risk there be — to which these people were exposed by importation to them of an extraordinary number of lepers in a stream constantly maintained during thirty years. Thus the slenderest trustworthy record of the fate of the kamaainas, and of the succession of children they produced

might have had a very high value to etiology but, unfortunately, no such record was kept. Nevertheless, there are a few particulars which are worth mention.

There were two villages on the peninsula; Kalawao, placed at the angle between it and the pali to the east, and Kalaupapa in a similar position at the western angle where, of course, was the better landing-place. The Board's operations commenced with buying an area of 7—800 acres of the peninsula in 1865, on which were several good houses; this was purchased, therefore, from kamaainas who must have found homes elsewhere. In 1866 the Makanalus tract was acquired, and this gave the Board control of nearly the whole peninsula, and, it was said, separated the few families living at Kalaupapa from the lepers (who were at first placed at Kalawao) by a long interval; but, as regards communication, this was merely a formal statement (if correct — see below), for both lepers and kamaainas were free to intermingle as they liked. In 1870 it was said to be very desirable that all the lands at the Settlement should be under control of the Board, because the continued presence of kuleanas at Kalaupapa interfered with good order, and the lepers had sold clothing, &c., issued to them from the stores, to the kamaainas. More land in that neighbourhood was annexed in 1873, though still the kuleanas were excepted. But, after all, it seems that there were kuleanas at Kalawao also; for in 1882 it was said that the purpose of the Board in isolating the lepers was greatly obstructed by the continued existence of kuleanas at Kalawao, over which it had no jurisdiction, and to which the lepers resorted to meet their visitors from other islands; with them they lived intimately on this kind of neutral ground, at least at night.

Dr. Fitch, in his report for 1884 — by far the best informed on the subject of leprosy[1]) and the most perspicuous of all presented to the Board from time to time — said that the number of kamaainas was „originally" 38. Mr. Meyer's biennial census numbers were, for the years mentioned, as follows:

Table 8.

Year.	Malas.		Females.		Total.
	Adults	0—10	Adults	0—10	
1888	19	5	18	7	49
1890	21	10	20	6	57
1892*)	16	9	15	12	52
1894**)	12	8	8	11	39
1896	The kuleanas had been purchased and all kamaainas had left.				

*) Kamaainas, persons living on their kuleanas, or on kuleanas owned by others.

**) Kamaainas with others living with them on their kuleanas. (The persons „living with them" numbered 77, of whom 23 where children.)

1) Except Dr. Arning's.

from which it will be seen that the kamaainas did not leave until 1896, though in law to oblige them to sell their holdings had been passed long before, and although their holdings had been actually purchased some time previously.

In 1884 Dr. Fitch mentioned that one kamaaina had acquired the disease before the annexation of more land at Kalaupapa in 1873 — a matter of importance, because the kamaainas were free to visit the lepers at Kalawao and vice versa; and he added that during the eleven years, elapsed since 1873, no others had become affected. Nothing else standing on record concerning these people, it remains only to mention the opinions and recollections of the most competent persons whom I interrogated concerning the incidence of the disease upon them. Mr. Wilcox[1]) knew of no record of the number who had become affected, but thought it true that very few had suffered; Mr. Reynolds had never heard of any kamaaina who had acquired lepra; while Mr. Dayton asserted more positively that very few had ever been attacked, though there were exceptions; and added that as time went on they (like some Kokuas) saw advantages in being declared lepers, and did what they thought likely to cause them to acquire the disease. Lastly, Mr. Meyer — the best witness there is on this point, as on many others — made the following explicit statement in the letter which has already been quoted above: Of the original inhabitants who lived at the Settlement before and after its occupation by the lepers, there are only six authentic cases of having become lepers. They are three males and three females, of which one male and two females died some years ago, the remainig three are still alive. These kamaainas have lived with the lepers precisely as if they were lepers themselves." I do not doubt that these six were genuine kamaainas and included none of the „others living with them", and all that is wanting is a total number for the whole term. This, it must be supposed, was not known; but even if the number present at any time never exceeded the smallest shown in the table above, the aggregate of thirty years must still have been large.

Is leprosy directly communicable from the sick? What opportunities of acquiring it in that way must these kamaainas have had, who lived constantly and for years in association with many hundred declared lepers! Is the mode of communication indirect? How persistently, and in what volumes, must they have inhaled and swallowed infective dust! And yet, while it could only be said of the Kokuas that probably they had not acquired leprosy in any remarkable proportion as compared with the general population, in this case of the kamaainas it is possible to go much further. Not only is it much clearer that they too were not infected in remarkably large proportion, but it is even tolerably certain that the number which ever suffered was very small.

1) Secretary for six or eight years past to the Board.

It seems singular, at first sight, that this case of the kamaainas should never have been described by the Board of Health. And yet, after all, since the communicability of leprosy by the sick was not merely a belief in Hawaii, but the foundation of an actual law which was distasteful, costly, and inevitably harsh in its operation, is it surprising that the disconcerting result of this unplanned, but almost crucial experiment should have remained unnoticed throughout the reports made from 1865 onwards by the chief executive authority to the Legislature?

Zur Geschichte des Aussatzes in der Provinz Posen.

Von

Clem. Koehler in Posen.

Seitdem in unseren Nachbarländern bei Memel und Königsberg der Aussatz in mehreren Fällen aufgetreten ist und nun auch in anderen Gegenden nachgewiesen wurde, musste in ärztlichen Kreisen ein grösseres Interesse für diese Krankheit wachgerufen werden. Das erneute Auftreten der Lepra, die Gefahr ihrer Verbreitung bewog auch den Reichskanzler zur Einberufung einer internationalen Lepraconferenz, die ihre Berathungen am 11. October d. J. begonnen hat.

Der Aussatz hatte schon die Provinz Posen vor Jahrhunderten heimgesucht, er schwand dann und zeigte sich nur noch in sporadischen Fällen, von denen einen zu beobachten, mir die Gelegenheit geboten war[1]). Mein Vorsatz ist es, durch diese Arbeit einen Nachweis zu bringen, dass Lepra im Anfange des 15. Jahrhunderts, möglich auch schon im Ausgange des 16. Jahrhunderts, im Posenschen so stark und heftig auftrat, dass man sich gezwungen sah, für die mit dieser Krankheit Behafteten specielle Hospitale, Leproserien zu gründen. Die bis jetzt in Druck erschienenen Nachrichten über diese Lepraheime sind höchst sparsam, so dass wir sogar in dem vierbändigen Werke von Gasiorowski[2]), der Hauptquelle über die Geschichte der Medicin in Polen, nur einige diese Frage berührende Worte finden.

In den Gebieten des piastischen Grosspolens wurde als erstes Spital[3]) das des h. Michael auf der Schrodka zu Posen von Mieczyslaus dem Alten im Jahre 1170 gegründet. Der König schenkte dem Spital mehrere Güter und der Bischof Radwan übermachte zu seinem Gunsten die Zehnten von einigen, dem bischöflichen Tische gehörenden, Dörfern. Das Spital war egenis et miserabilibus personis gewidmet und wurde dem Schutze der Johanniter übergeben. Bald darauf fand wohl die Gründung des Spitals in Gnesen[4]) statt, da Przemislaus im Jahre 1243

1) Ein Fall von Lepra maculosa mutilans. Berl. klin. Wochenschrift 1877. No. 46. Mit Holzschnitt. — Przypadek trądu plamistego kaleczącego. Przegląd lek. 1877. No. 14.

2) Zbiór wiadomości do historyi sztuki lekarskiej w Polsce od czasów najdawniejszych, aż do najnowszych. Posen. 1839. I., S. 61.

3) Długosz, Histor. pol. Lib. V, p. 519. Leipziger Ausgabe.

4) Nakielski, Miechovia classis. I. p. 167.

dies schon bestehende und wieder neu aufgebaute Armenhaus den Mönchen von Miechowo übergab. In diesem Spitale wurden aufgenommen: infirmi cuncti, eleemosynarii, indigentes, non raptores, non violenti. Aliique etiam scholares pauperes ibidem tenebuntur confoveri in expensis.

Boguslaus[1]), Bischof von Posen, gründete schon im Jahre 1264 zu Posen für Arme das zweite Spital unter dem Rufe des h. Stephan. Aus einer Urkunde[2]), in welcher Przemislaus II im Jahre 1282 den Grundbesitz des Spitals zum h. Geist in Kalisch bestätigt, ersehen wir, dass in dieser Stadt damals schon ein Spital bestand. Dies Spital diente ad receptionem pauperum et infirmorum. Im Jahre 1297 erfreute sich auch schon Inowrazlaw eines Spitales, was aus einer Bescheinigung Leszeks[3]) ersichtlich ist, nach welcher ein gewisser Marcus zu Gunsten desselben seiner Rechte auf Niemojewo entsagt. Przedpelko[4]) von Daleszyn gründet ein Hospital in Gostin im Jahre 1301. In Brzesc[5]), damals zu Grosspolen gehörig, wird die Gründung eines Spitals des h. Geistes vor der Stadt im Jahre 1294 von Ladislaus bewilligt „egenorum pariter et egrorum necessitatibus". Dominikaner Brüder besassen schon vorher in dieser Stadt ein Spital, der König verspricht in seinem Erlasse dieser neuen Anstalt Schutz vor den Angriffen der Mönche. Im nächsten Jahre[6]) erhält dies neue Spital eine Schenkung vom Könige duos mansos liberos in Socolovo, ut predicti infirmi in eodem hospitali jacentes habeant a nobis majus remedium. Ein Erlass vom Jahre 1313 erwähnt auch nur pauperes et infirmos.

In dieser Zeit erheben sich Spitäler auch in anderen Theilen des früheren Polens, so in Krakau 1224, in Biskupice bei Wieliczka. Die von Fürsten gepflegte Idee durchdringt auch die Geistlichkeit, den Adel und die Bürger, die Zahl der Spitäler wird immer grösser und im 14., wie auch im 15. Jahrhundert, schon ansehnlich. Posen hatte am Ende des 14. Jahrhunders zwei, wenn nicht drei Spitäler, da die Gründung des dritten, des zum h. Geist[7]), möglich, doch nicht nachweisbar, auch schon in diese Zeit fällt. Die Spitäler bildeten aber bis zu dieser Zeit eine Art von Asylen, in denen sich die Insassen des Vorrechts eines legalisirten Bettelns erfreuten. Fern war noch den Gründern der Gedanke den im Spitale aufgenommenen Kranken Gelegenheit der Behandlung zu geben. Nächstenliebe, Mitleid für die Unglücklichen war der einzige Sporn, der zur Gründung dieser Zufluchtsorte Anlass gab.

Der Uebergang des 14. Jahrhunderts auf das 15. Jahrhundert scheint, denn schwer ist es heute ganz genau nachzuweisen, der Zeitpunkt zu sein, in welchem die bis jetzt im Posen'schen unbekannte Krankheit hier ihren Einzug hielt. Der Aussatz, Lepra mit den schrecklichen

1) Lukaszewicz, Obraz historyczno-statystyczny miasta Poznania. Posen 1838. B. I. S. 265.
2) Zakrzewski, Codex diplom. maj. Polon. Posen. 1877. No. 509.
3) Mosbach, Wiadomości do dziejáw polskich etc. Breslau 1860. S. 35.
4) Jabczyński, Archiwum teologiczne etc. Posen. 1837. B. II. S. 457.
5) Mosbach, l. c. S. 32.
6) Mosbach, l. c. S. 34,
7) Jabczyński, l. c. II. S. 457.

Folgen, wurde wohl sehr bald als eine ansteckende Krankheit erkannt. Das schnelle Umsichgreifen der neuen, Abscheu erregenden Krankheit rief unbedingt bald eine Beängstigung der wohlhabenden Mitbürger hervor und die Thatsache, dass die Krankheit übertragbar war, musste den Gedanken einer Nothwendigkeit des Isolirens dieser Kranken veranlassen. Wie wir später noch zeigen werden, war diese Absonderung eine sehr ungenaue, den jetzigen Anforderungen natürlich ganz und gar nicht entsprechende. Bei der Bekämpfung der Verbreitung dieser Krankheit hat man auch zum ersten Mal an eine Behandlung der Insassen der Spitäler gedacht, worüber wir uns näher auslassen wollen. wenn wir die Leproserie in Glogau besprechen werden. Die Uebertragbarkeit der ansteckenden Krankheit, das angezeigte Isoliren der Aussätzigen, mussten natürlich die Gründung von speciellen Spitälern für die mit dieser Krankheit behafteten Leute hervorrufen. Die Geschichte dieser Leproserien giebt aber wiederum die Beweise, dass diese Epidemie im Posen'schen herrschte. Die medicinische Literatur dieser Zeiten ist sehr beschränkt und musste auch sehr spärlich gewesen sein, die Hauptquellen bilden Urkunden, soweit sie auf unsere Zeit übergekommen sind. Was wir zu sammeln im Stande waren, wollen wir veröffentlichen, um den Beweis zu liefern, dass bei uns Leproserien bestanden, dass Lepra hier herrschte, dass sie fast ganz schwand, wir wollen hoffen für immer.

Posen. Die erste, wenn auch nicht ganz sichere, Nachricht von einem Lepraheim in dieser Stadt befindet sich in den Magistratsakten[1]): Wir bekennen, das vor uns sint komen unser scheppin unde habin bekannt, das dy Quastynne noch erem tode hat beschidin en sele gerethe deme ermute in das spital czwu marg unde in das sichhus den armen czwu marg unde eyn bete. Geschaen an deme sonnobinde noch des heiligen lichnamins tag (31 Maj) noch Cristo gebort MCCCCIIII.

In demselben Jahre vermacht Hanlin[2]) unter anderem:

Dornoch hot ha bescheydin czu den sichin den armen lutin fünff marg die vor unser stat siczen, und weiter:

Dornoch hat ha bescheydin den armen lutin in daz spital vor unser stat gelagin noch syme tode fumff marg.

Zu dieser Zeit hatte Posen sicher zwei Spitäler, das des heiligen Michael auf der Schrodka und das des h. Stephan auch am rechten Ufer der Warthe, denen die Bezeichnung, „vor unser stat" eigentlich nicht zukam, das erste war für arme und elende Leute, das zweite pro infirmis bestimmt. Ob das Spital zum h. Geist im Jahre 1404 schon existirte, ist, wie oben gesagt, nicht festzustellen. Man kann wohl annehmen, dass das „Sichhus" die Absonderungsstätte für Aussätzige war, was auch anzunehmen Warschauer[3]) nicht abgeneigt ist. Eine Bestätigung dieser Vermuthung kann man in einer Schenkung[4]) vom Jahre 1406 finden, durch welche Niclos Czigilstreicher einen Garten verschreibt, „der do nest leit beydem spetale den armen zichin menschin in dem hospitali czu irre notdorfft" etc.

1) Warschauer, Stadtbuch von Posen. Posen. 1892. I. No. 57.
2) Warschauer, l. c. I. No. 69.
3) Warschauer, l. c. S. 75.
4) Warschauer, l. c. No. 86.

Zur weiteren Erklärung sind wir gezwungen, den Ort näher zu bezeichnen, an dem das Spital und später auch die Kapelle der Aussätzigen zum h. Kreuz standen. Unter vielen Vermerken des Posener Magistrats treffen sich Hinweisungen, die zur Bestimmmug ihrer Lage dienen. Das Spital stand hinter dem Breslauer Thore, auf dem Territorium der Parochialkirche des h. Martin, „in arenis", in „Wenethovo" wie diese Vorstadt auch benannt wurde. Anastasia[1]), die Frau des Wagenbauers Mathias giebt im Jahre 1496 drei Mark für die Kirche des h. Martin und machte ihr Testament „in domo habitationis in platea currificum eundo ad S. Crucem extra civitatem Posnaniensem in dextra manu sito". Die Strasse der Wagenbauer führte von der h. Martins-Kirche zum Breslauer Thor, hinter den rechts belegenen Häusern lagen die „novi horti": Auf einem dieser Gärten[2]) ex opposito leprosorum inter Henriczowe et Swenschkonis Divitis ortos war eine Rente eingetragen, welche 1432 der „Probst" der Kreuz-Kirche gekauft hat. Das Breslauer Thor stand dort, wo heutzutage die Breslauer Strasse eine Einbiegung hat, zwischen diesem und der Kirche zum h. Martin stand das Spital der Aussätzigen. Wenn wir noch andere bezeichnende Vermerke berücksichtigen, so müssen wir annehmen, dass das Spital und die demselben später angehörende Kirche zum h. Kreuz im unteren Theile der Martinstrasse, von der h. Martinskirche herabgehend, rechterseits lag, sich den Gärten „novi horti", von denen einer durch die Schenkung Niclos Czigilstreichers in Besitz des Spitals kam, anlehnte. Das Spital zum h. Michael auf der Schrodka, das zum h. Stephan an dem rechten Wartheufer, wie auch, wenn es schon bestand, das zum h. Geist hinter dem Wronker Thore dienten nur für Arme, konnten also nicht als Siechhaus bezeichnet werden, welche Benennung nur dem Spitale beigegeben werden konnte, in welchem unheilbare Kranke, in diesem Falle Aussätzige, siechten. Demnach spricht auch das oben Gesagte dafür, dass das Spital für Aussätzige schon im Jahre 1404 bestand.

Zwei Verschreibungen vom Jahre 1419 stellen mit aller Sicherheit fest, dass in Posen zu dieser Zeit ein Siechhaus für Aussätzige existirte, wir finden dieselben wieder in den städtischen Rathsbüchern.

Martin Zelazny[3]) überlässt seinen Sohn der Frau Kroszewa zur Erziehung und bestimmt ihr die Nutzniessung von 10 Mark. Wenn er von seiner Reise nach Rom in 3 Jahren zurückkommt, soll sie ihm diese Summe zurückgeben, im Fall seines und seines Sohnes Tode soll dies Geld zu gleichen Theilen dem Spital zum h. Geist und dem der Leprosorum vermittelt werden.

Die zweite Eintragung von demselben Jahre betrifft die Witwe Katharina Langehannes[4]), welche vor den Rathsherren erklärt, dass ihr verstorbener Mann ad hospitale pauperum leprosorum extra muros Posnanienses ante valvam Wratislaviensem 5 Mark bestimmt hat.

Bis zu dieser Zeit hatte das Spital keine eigene Kirche, sie wurde

1) Acta consist. posnan.
2) Warschauer, l. c. No. 580.
3) Warschauer, l. c. No. 305.
4) Warschauer, l. c. No. 322.

im Jahre 1420 vom Posener Bischof Andreas erbaut, wie es aus seinem Erlasse ersichtlich ist, den wir hier registriren.

Andreas[1]), episcopus Posnaniensis, 1420 die Saturni 8va mensis Junii, Posnanie in estuario inferiori ante stubam majorem curie episcopal.

Der Bischof errichtet vor dem Breslauer Thore eine Kapelle für Aussätzige unter dem Namen des h. Kreuzes. Die vom hiesigen Stadtbürger Nicolaus Peschel[2]) hinterlassene Wittwe Gertrud bestimmt eine Rente von 8 Mark für den Kapellan der Kirche, welche derselbe so beziehen soll, wie es in der Urkunde des Bürgermeisters und der Rathsherren beschrieben ist. Das Patronatsrecht dient der Gertrud lebenslänglich, nach ihrem Tode geht es auf den Bürgermeister und die Rathsherren über. Der Bischof ordnet weiter an, dass der Kapellan 3 Messen die Woche lesen soll. Als Zeugen sind unterzeichnet: Cezarius in medicinis doctor eximius, Barthko, Florian et Simon canonici, Laurencius vicarius perpet. eccles. Posn.

Wohl wegen eines Streites zwischen dem Probste der S. Martin-Kirche und dem Kapellan der neu gegründeten Kapelle zum h. Kreuz ertheilt im Jahre 1422 der Domherr Boguslaus Vorschriften, welche den Gottesdienst regelten. Diesen bis jetzt ungedruckten Erlass geben wir in extenso wieder, zumal wir noch auf einige Absätze desselben zurückkommen müssen.

Actum[3]) Posnaniae die vigesima secunda mensis Novembris anno Domini 1422. Decretum Reverendissimi Domini Boguslai, canonici et officialis Posnaniensis generalis.

Quia per Reverendissimum Dominum Andream, Episcopum Posnaniensem ad hanc causam inter discretos viros utpote: Marcum rectorem parochialis ecclesiae apud S. Martinum ante Posnaniam ex una et Nicolaum, capellanum seu ministrum capellae leprosorum S. Crucis sub parochia dictae ecclesiae S. Martini situatae parte ex altera specialiter deputatum, vigore cujus examinata dictae capellae leprosorum S. Crucis fundatione et erectione ac dicti Nicolai, primi ejusdem capellae ministri investitura, quod dictus Nicolaus vel alter praefatae capellae leprosorum pro tempore existens sine praejudicio dictae ecclesiae S. Martini et ipsius rectoris poterit Sacramentis ecclesiasticis leprosos in domo penes ipsam capellam leprosorum pro tempore existentes et eorum familiam domesticam et quotidianam servatis ser-

1) Posener Stadtarchiv No. 30. Orig. Urkunde Pergam. Auch angegeben Lukaszewicz: Obraz hist. stat. miasta Poznania. Posen 1838. I. S. 265. Fälschlich nimmt L. an, dass das Gründungsjahr der Kapelle auch das des Entstehens des Lepraheimes ist.

2) Lukaszewicz nennt diese Gertrud — fälschlich Pesthel, nicht Peschel, dass sie aber den letzten Namen trug, beweist eine Eintragung in den Rathsbüchern (Warschauer l. c. No. 462). Peter Falkinborg bezeugt 1426, dass er der erbern vrauwed Girdrud Pescheline sebinczig mark Polnischer muncze und fumff und sebinczig marcas breytter Bemischer groschyn des landis warunge schuldet. Diese Erklärung, die grosse Schenkung für die Kreuzkapelle bezeugen, dass Gertrud Peschel eine reiche Witwe war. Sie besass sogar ein so grosses Vermögen, dass sie noch aus eigenen Mitteln eine Kapelle und ein Spital an der Marienkirche im Jahre 1456 stiften konnte. (Jabczyński, l. c. II. S. 457.)

3) Acta consis. posn. Ex libro boni ordinis fol. 572. Die Originalurkunde befindet sich im Stadtarchiv No. 33.

vandis procurare, ipsaque Sacramenta dumtaxat pro dictorum leprosorum procuratione in dicta capella in loco mundo et ad hoc apto tenere, in bona tamen custodia fonte baptismali prorsus dempto. Item dictus Nicolaus et alius praefatae capellae capellanus pro tempore existens potest licite sine praejudicio dicti Marci vel alterius plebani ad S. Martinum pro tempore existentis leprosos dictae domus leprosorum et ex eorum familia defunctos in caemeterio dictae capellae sepelire, missas quoque per se vel alium praesbyterum idoneum legere, tam diebus dominicis quam festivis, dum se ad hoc senserit dispositum, ita tamen, quod diebus dominicis et festivis parochianos alienos et hos qui non sunt vel non fuerint de domo et familia dictorum leprosorum in accessu altaris hortari teneantur, ut quilibet ad suam vadat parochiam ad audienda divina et antedictae missae lectionem unum tantum campanae pulsum fieri faciat, ne praejudicium aliquod ex pluralitate pulsuum parochialibus ecclesiis generetur. Intra vero evangelium et elevationem signaturae campanae fieri possunt licite, ut peregrini et viatores penes ipsam capellam descendendo, adorent, nec post elevationem a dicta missa vel missis advenientes excludantur. Ferialibus autem diebus pulsus campanae ad libitum dicti Nicolai vel alterius pro tempore existentis capellani leprosorum fiant et omnes advenientes ad divina admittantur. Oblationes vero, si quae in dicta capella leprosorum accurerint ad usum capellani dictae capellae leprosorum cedant, declarantur.

Das Spital, welches nunmehr eine eigene Kirche besass, wurde weiter mit Schenkungen bedacht. Leute sogar, die ausserhalb Posen wohnten, sorgten für das Wohl der a deo percussorum, unglücklichen, Abscheu erregenden Kranken. Nicolai Kej[1]), scultetus de Plewisca et Johannes Key de Wenczkowicza erklären im Jahre 1422, dass der im Absterben darniederliegende Bartholomaeus Plumycowski testamentarisch ad domum Sancti Spiritus extra muros Posnanienses XII marcas et ad domum leprosorum eciam extra civitatem Posnaniensem XII marcas bestimmt hat.

Im nächsten Jahre 1423 verspricht Margarete[2]), die Wittwe Johanns aus Maniewo, dass nach ihrem Tode nomine testamenti 24 marce pro duabus domibus leprosorum et ecclesiae sancti Spiritus debent pervenire.

Noch einen Vermerk und zwar vom Jahre 1431 können wir anführen. Gertrud Tyrgarttyn[3]) verspricht, dass sie die 100 Mark, welche der verstorbene Nicolaus Groman pauperibus hospitalis et leprosis testamentaliter legavit, am h. Martinstage auszahlen wird.

Obgleich die Kapelle zum h. Kreuz schon im Jahre 1420 errichtet war, beordert der Papst Nicolaus[4]) erst im Jahre 1447 den Abt von Lubin, in seinem Namen ihre Errichtung, Gründung und das Patronatsrecht zu bestätigen.

1) Warschauer, l. c. No. 368.
2) Warschauer, l. c. No. 376.
3) Warschauer, l. c. No. 563.
4) Die Abschrift dieser Urkunde giebt Lukaszewicz: Krótki opis historyczny Kościołów etc. w dawnéj dyecezyi poznańskiej. Posen. 1858. I. S. 157. Derselbe Verf. meldet in Opis Poznania I. S. 267, dass diese Urkunde im Originale im Archiv der Pfarrkirche sich befinden soll.

Ueber das weitere Schicksal des Posener Lepraheims und der Kreuzkirche haben sich nur geringe Nachrichten erhalten, die auch keine sichere Kunde abgeben, dass hier Aussätzige weiter Aufnahme fanden. Feria secunda[1]) post dominicam Sacratissimae Trinitatis 1584, Albertus sutor villicus, Stanislaus Olejnik, Alexius doleator, Valentinus Grabysz scabini jurati totaque communitas fundi canonicalis in platea S. Martini, Wenethowo dicta, extra muros civitatis Posnaniensis, certam partem areae, dictam Pasturnia, ad postulationem venerabilis Mathiae plebani S. Martini pro aedificatione domuncula ministro, ut in loco seorsivo propter infectionem hominum tute habitare posset etc., dies ist eine Urkunde, die es nicht verbietet, den Ausdruck propter infectionem auf die Lepra zu beziehen.

Lukaszewicz[2]) berichtet ohne Quellenangabe, dass im XV. Jahrhundert das besprochene Spital eine Freistatt für Aussätzige, später aber für Arme und Gebrechliche war. Im Anfange des XVIII. Jahrhunderts brannte das Spital ab, es schwanden die bedeutenden Fonds, so dass die nunmehr in dem neugemauerten Spital weilenden Armen auf Almosen verwiesen waren. Nach Posens Uebergang unter preussische Herrschaft soll das Spital nebst Kirche noch bestanden haben. Dagegen spricht jedoch die Eintragung in libro[3]) beneficiorum et benefactorum in dioecesi posnan. de anno 1768, in welchem die der Parochialkirche zum h. Martin gehörenden Filialkirchen und Klöster verzeichnet sind. Die Kreuzkapelle ist angegeben, das Armenhaus nicht erwähnt, war also in dieser Zeit schon abgetragen. Heute findet man keine Spur des Spitals, noch der Kirche.

Die auf Urkunden begründeten Nachrichten ergeben demnach mit aller Sicherheit, dass Lepra in Posen im Anfange des 15. Jahrhunderts herrschte, dass eine Leproserie vermuthlich vom Jahre 1404 bis über das Jahr 1584 bestand, bei der Annahme, dass propter infectionem durch infectionem leprae zu deuten ist. Das Spital für Aussätzige wurde mit historischer Sicherheit seit dem Jahre 1419 benutzt, die Krankheit selbst musste also schon mehrere Jahre vorher Opfer gefordert haben, ja die Opfer dürften schon so zahlreich gewesen sein, dass die Gründung eines Asyls dringend angezeigt war. Für die grosse Ausdehnung der Lepra, für die grosse Zahl der Insassen in dem Spitale finden wir auch noch ein beweisendes Moment darin, dass das Mitleidsgefühl privater Personen so hohe Gaben für das nöthige Institut veranlasste. Nur eine grosse Zahl der Insassen konnte weiter das Verlangen der religiösen Bevölkerung zur Gründung und Ansammlung von Fonds für eine Kirche wachrufen. Wir können weiter mit aller Sicherheit behaupten, dass der Aussatz noch über das Jahr 1432 in Posen stark verbreitet war.

Die zweite Stadt im Posenschen, welche eine Leproserie hatte, ist: Kosten. Die Urkunde[4]), welche wir in ganz getreuer Ab-

1) Acta consis. posnan.

2) Koscioly etc. I. S. 170 und Opis Poznania I. S. 267.

3) Acta consis. posn.

4) Die Originalabschrift vom Jahre 1684 dieses Erlasses des Königs Ladislaus Jagiello de anno 1425, welcher nach der Vernichtung Kostens durch die Schweden in das warschauer königliche Register im Jahre 1657 und dann noch in die Kostener Grodbücher 1684 eingetragen wurde, befindet sich im Besitze des Verf.

schrift, wie wir dies auch bei den übrigen verfolgen, geben, stellt dafür Beweise.

Actum in Costen feria secunda post festum Nativitatis Beatae Mariae Virginis proxima anno Domini Millesimo sexcentesimo octagesimo quarto.

Ad officium et acta generalia capitanealia districtus costensis personaliter veniens Mathias Szalwinowski, parochialis et hospitalis praepositus S. Crucis, ecclesiarum costensium commendarius et capellae tituli S. Barbarae, in ecclesia parochiali costensi sitae, capellanus, obtulit officio presenti ad acticandum et in acta officii presentis ingrossandum privilegium S. Re. Mttis tenoris talis. In nomine Domini amen. Ad perpetuam rei memoriam Vladislaus, Dei gratia Rex Poloniae, nec non terrarum Cracoviae, Sandomiriae, Syradiae, Lanciciae, Cujaviae, Lituaniae Princeps supremus, Pomeraniae, Russiae Dominus et Heres, licet Regiae celsitudinis solicitudinisque omnibus teneamus intendere profectibus, peculiari tamen quodam debito fatemur, Se illis inopiis obligari, quos manus tetigit omni et in hac mundi area, ab omnibus derelicti vertere Regia exspectant subsidia omni munificentia refecti possent vocare suis contemplationibus et Altissimi clementiam pro Nobis et Nostris Successoribus, tum devotione nostri exorare cumque expedit nobis talia in hoc saeculo agere commertia, ut in futuro pro eis multiplicato fructu valeamus suscipere sempiterna. Proinde volentes de ea extremi judicii pietate postvenire experitos et terrena commutare pro aeternis, decimam post araturas allodii Nostri Regalis, qua itur Wschowam in manu sinistra locati, ad usum debilium, infirmorum et leprosorum, extra civitatem costensem Nostram degentium notis conferimus et largimur habendi, tenendi et utifruendi et pacifice perpetuis temporibus possidendi. Cujus quidem decimae Nostrae media pars pro debilibus, infirmis ad hospitale, alia vero media pars leprosis ad sanctam Crucem extra muros civitatis costensis ex disposito postfestum cedet et pertinebit perpetuo. Harum, quibus sigillum Nostrum appensum est, testimonio literarum. Actum in Curia Nostra feria secunda infra octavam Visitationis Sanctae Mariae Virginis anno Domini millesimo quadringentesimo vigesimo quinto. Presentibus ibidem Venerabili in Chriso Patre Domino Andrea Episcopo Posnaniensi, nec non magistro szremensi atque nobilibus Sandivogio de Ostrorog, Palatino Posnaniensi et Capitaneo Majoris Poloniae Generali, Dobrogosto de Szamotuly, Subcamerario Calisiensi, Andrea de Domaborz, Castellano Camenensi, Przybyslao de Srzem, Dapifero Posnaniensi, Laurentio Zareba de Kalinowo, Curiae Regalis Mareschalci, testibus ad promissa. Datum per manus Venerabilium Joannis Decani Cracoviensis Regni Poloniae Cancellarii, Stanislai Ciolek, Custodis Gnesnensis et Cantoris Cracoviensis, Regni Poloniae Vicecancellarii, fratrum Nobis dilectorum. Ad relationem ejusdem Venerabilis Stanislai Custodis Gnesnensis et Cantoris Cracoviensis, Vicecancellarii Regni Poloniae, Vicecancellariatu Illustrissimi et Reverendissimi Domini in Christo, Patris Andreae Olszowski, Episcopi Culmensis et Pomeraniae, Decani Cracoviensis et Vicecancellarii Regni oblatum Varsaviae feria tertia post Dominicam Rogationum ipsa die decima septima mensis Maji anno domini millesimo sexcentesimo quinquagesimo septimo. Ad acta metrices minoris

cancellariae Regni Laurentius Stopkiewicz, S. R. M. Secretarius, anno Domini millesimo quadringetesimo vigesimo quinto. Privilegium hoc est Vladislai, Regis Poloniae, pro ecclesia, hospitale S. Crucis Costensis, quo privilegio decima manipulationis concessa est post araturas allodii regalis, ante civitatem costensem circa viam, qua itur in Wschowam in manu sinistra locati, dictae ecclesiae. Ignatius Gninski, Archidiaconus sremensis mpp. Cujus privilegii originale is idem offerens ad se recepit, de quo recepto officium presens quietavit quietatque per presentes.

Ex actis castrensibus
L. S. costensibus extractum
Stemma Opalinscii. Jo. Kuninski mpp.

Aus dieser Schenkungsurkunde ist es ersichtlich, dass im Jahre 1425 in Kosten ein Spital verbunden mit einer Kirche zum h. Kreuz stand, in welchem schwache, kranke und mit Aussatz behaftete Leute Unterkunft fanden. Das Spital war wohl in zwei Abtheilungen getrennt, eine für Schwache und Kranke, die andere für Aussätzige. Wie sollte man denn das anders deuten, dass Ladislaus Jagiello die Zehnten nach der Ernte von einem Theile seines königlichen Besitzes zur Hälfte zum Nutzen der ersteren, die zweite der anderen Insassen zu verwenden anordnet. Bei der Eintragung und Erneuerung dieser Schenkung in die kleinen Bescheinigungsbücher der königlichen Kanzelei zu Warschau im Jahre 1657 ist nur bemerkt worden, dass dieser Schenkungserlass für die Kirche und das Spital zum h. Kreuz gegeben worden ist. Eine Theilung der Zehnten wird nicht mehr berücksichtigt, dies war auch nicht mehr geboten, da zu dieser Zeit der epidemische Aussatz nicht mehr herrschte. Ausser dieser für das Bestehen des Aussatzes Beweise bringenden Urkunde fanden wir keine Notizen in den Magistrats- und anderen Eintragungsbüchern, die auf Lepra Bezug hätten. Wir können nicht unterlassen, noch Einiges über die Geschichte der Kirche und des Spitals zum h. Kreuz vorzuführen.

Nähere Umstände der Errichtung der Kapelle zum heiligen Kreuz hat ihre Stiftungsurkunde[1]) überliefert. Stephanus Scharar precons., Claws Adam, Johannes Kowman, Hanlius Jagier, Jacobus Herman et Johannes Ravole conss. oppidi Costan 1412 d. S. Thome s. l. haben zur linken Hand vor dem Glogauer Thore die Kapelle zum h. Kreuz und h. Eustachius errichtet, in der Gottesdienst abgehalten werden soll. Sie ertheilen dem Kapellan dieser Kirche 7 Mark Prager Groschen vom Rathhause und behalten für sich das Patronatsrecht. Diese Gründung wurde vom Könige Sigismund[2]) in Krakau im Jahre 1531 bestätigt.

Für das Spital zum h. Kreuz verschreibt 1494 die Wittwe Ursula Loyp[3]) 16 Mark zum Bau und einer Brutpfanne (sartago).

Aus der Kirchenvisitation des Bischof Libowicz[4]) im Jahre 1727 erfahren wir, dass zu dieser Zeit das Spital zum h. Kreuz ein Haus mit 4 Zimmern und Wirthschaftsgebäude besass, doch waren sie verwahrlost. Kranke befanden sich im Spitale nicht, obgleich es gut do-

1) Archiv. Consist. episcopal. Acta d. a. 1460—67.
2) Archiv. Consist. episc. Acta d. a. 1534.
3) Archiv. Consis. episc. Acta d. a. 1494.
4) Protocollbuch der Pfarrkirche zu Kosten.

tirt war. Der Bischof ordnete eine Ausbesserung der Gebäude und Aufnahme von Armen an.

Der schwedische Krieg 1655 verschonte bei der allgemeinen Verwüstung der Stadt auch die Kirche[1]) und wohl das Spital nicht. Später wurde die Kirche durch den Magistrat wieder aufgebaut. An derselben Stelle steht heute eine gemauerte Kapelle und neben ihr ein ebensolches einstöckiges Spital, zur Aufnahme armer und alter Leute beiderlei Geschlechts bestimmt.

Ausser dem Spital für Aussätzige zum h. Kreuz hatte Kosten noch ein Spital an der Frohnleichnamskirche und der Kirche zum h. Geist. Nach Lukaszewicz[2]) ist die Gründungszeit beider unbekannt, auch wir konnten sie nicht eruiren. Das schon erwähnte Testament der Ursel Loyp giebt annähernd die Zeit der Errichtung der Frohnleichnamskirche an, da zu deren Aufbau 4 Mark verschrieben wurden. Da das Testament im Jahre 1494 gemacht wurde, so muss man annehmen, dass in diesem Jahre mindestens die Erbauung projektirt war. Diese Kirche und das Spital wurden von den Schweden 1655 gänzlich vernichtet und dann nie mehr aufgebaut. Die Kirche zum h. Geist steht bis heute, die Stelle, wo das Spital stand, lässt sich nicht mehr ausfindig machen.

Wenn wir die sich auf das Lepraheim beziehenden Nachrichten zusammenfassen, so steht es sicher, dass ein solches in Kosten im Jahre 1425 war. Da nun aber die Kirche unter demselben Namen schon im Jahre 1412 gebaut wurde, kann man wohl annehmen, dass das Spital schon vorher bestand. Eine Analogie findet man in Posen, wo zuerst das Spital, später das Gotteshaus gebaut wurde, um gleichsam die im Spital angehäuften Kranken vom Besuche anderer Kirchen abzuhalten und die Absonderung zu ermöglichen.

Gross Glogau. Obgleich Glogau nicht zu Grosspolen gehörte, wollen wir hier seine Leproserie besprechen schon desswegen, weil es an der grosspolnisch-schlesischen Grenze lag, aber auch aus dem Grunde, dass im XIV. und XV. Jahrhundert und auch später sehr viele Schlesier und Glogauer nach Kosten zogen, hier Erwerb suchend, wo besonders die Tuchmacherei in Blüthe stand. Nachrichten von einem Lepraheim in Glogau giebt der Monographist dieser Stadt Minsberg[3]). Im Jahre 1391 wurde an die Kapelle des Siechhauses, auch Frohnleichnamskapelle genannt, ein Altar zur Ehre der Märtyrer Kosmas und Damianus angebaut. Da die Kapelle zu eng war, hat sie der Magistrat im Jahre 1401 erweitert und dem Bischof Wenzel übergeben. Die Kapelle mit der Leproserie stand hinter dem Brustower Thore. Der Verfasser der Geschichte von Gross-Glogau bringt noch Nachrichten über Schenkungen für das Spital, zwei aus dem Jahre 1396, eine grosse Schenkung vom Jahre 1425, weiter einige in den Jahren 1428, 1441, 1445 und 1446. Eine sehr wichtige Bemerkung macht noch Minsberg[4]) über Bade-

1) Lukaszewicz, Krótki opis historyczny kościołów etc. Posen. 1859. II. S. 171.

2) L. supra c.

3) Geschichte der Stadt und Festung Gross-Glogau. Glogau 1853. I. S. 301 bis 303.

4) l. c. I. S. 103.

stuben, die man in Schlesien einrichtete zur Zeit des sich ausbreitenden Aussatzes. Man legte sie desswegen an, weil man die Reinlichkeit als bestes vorsorgendes Mittel gegen die Ansteckung ansah. Man erlaubte nicht nur den Armen, an gewissen Tagen der Woche umsonst Bäder zu nehmen, ja man gab ihnen nach dem Bade noch Erfrischungen, und bestrebte dadurch, die armen Klassen des Volkes zum häufigen Benutzen der Bäder anzuregen.

Wir haben daher ganz sichere Angaben, dass der Aussatz in Glogau schon vor dem Jahre 1391 herrschte, und dass die Leproserie noch nach dem Jahre 1466 mit Aussätzigen besetzt war.

Wir wollen noch erwähnen, dass in Krakau schon im Jahre 1322 ein Spital sein sollte, welches die an Aussatz Erkrankten aufnahm. Auf die Monumenta Bielowskis sich berufend, schreibt Swiezawski[1]), dass in oben angegebenem Jahre der Bischof Nankier Zehnten auf einigen Gütern zur Erhaltung von Aussätzigen gegeben hat.

Nach Material zur Geschichte der Leproserien suchend, habe ich noch nachstehende Städtemonographien durchgesehen: Polkowski-Bromberg, Jabczynski-Dolzig, Karwowski-Gnesen, Grabow, Lissa, Rackwitz, Dydynski-Klecko, Lacki-Lobsenz, Sarg, Warschauer, Danysz-Meseritz, Callier-Scharfenort, Szastecki-Schwerin, Kantecki-Schrimm, Lopinski-Samter, Stablewski-Wreschen, Leipelt-Sagan, Frydrychowicz-Tuchel, Gawarecki-Lowicz, Plock, Stecki-Luck, Weinert-Warschau, Kraszewski-Wilno und andere. In vielen dieser Städtegeschichten fanden sich Erwähnungen von Spitälern, leider meist sehr karge, oft ohne Andeutung, welcher Art Leute in ihnen Zuflucht suchten und fanden. In vielen wurden arme, alte, schwache, kranke, unheilbare Leute, Schulknaben oder altersschwache Geistliche aufgenommen, von Aussätzigen nirgends ein Wort.

Es ist uns gelungen nachzuweisen, dass in Posen, Kosten, Glogau und Krakau Lepra herrschte. Die Thatsache, dass in Posen und Kosten zahlreiche Fälle von Lepra die Anlage von speciellen Anstalten für an ihr Erkrankte nothwendig machten, muss die Annahme einer Ausbreitung derselben über das damalige Grosspolen rechtfertigen. Wenn wir auch in den Geschichten der Städte dieser Provinz keine Angaben über Leproserien vorfinden, ist ihr Bestehen nicht ausgeschlossen. Den nicht ärztlichen Verfassern konnte wohl die Aufführung von genaueren Bemerkungen über die Spitäler minderwerthig erscheinen. Hervorheben müssen wir auch den Umstand, dass Kosten nach Posen wohl, wenn nicht die grösste, so doch eine der grössten damaligen Städte war. In den Städten mit grosser Einwohnerzahl hat sich natürlich die ansteckende Krankheit mehr verbreitet, da aber die grössere Einwohnerzahl wieder eine grössere Wohlhabenheit mit sich bringt, ist es auch natürlich, dass in ihnen Wohlthätigkeitsinstitute aufkamen. Kosten soll zur Zeit, in welche das Bestehen des Aussatzes fällt, 15000 Einwohner gezählt haben, und aus vielen Urkunden und Testamenten ist es ersichtlich, dass darunter eine grössere Zahl von wohlhabenden und reichen Leuten war. Unweit der Grenze Schlesiens,

1) Przyczynek do dziejów medycyny w Polsce. Pamiętnik Tow. lek. warszaw. Jg. 1878. H. I. S. 5.

an der seit langen Jahren Haupthandelsstrasse gelegen, war noch Kosten eine befestigte Stadt, die einen erfolgreichen Widerstand dem Feinde leisten konnte, es musste daher ein Sammelplatz für Handwerker werden, welche auch hierher von allen Gegenden zuströmten. Das Handwerk kam bald in Blüthe, was wieder einen grösseren Zuwachs der Bevölkerung bewirkte. Die bestens bekannten und sehr gesuchten Kostener Tuche, Leinweber-, Gerber- und Uhrmachererzeugnisse zogen fremde Kaufleute an, die sich hier aufhaltend, die Zahl der Einwohner vermehrten.

Mit vollkommener Genauigkeit lässt sich die Zeit des Eindringens der Lepra in Posen und Umgegend nicht nachweisen, ebenso auch nicht die Zeit, wann sie schwand. In Krakau sollen schon 1322 von Lepra befallene Einwohner gewesen sein, die erste Nachricht über diese Krankheit in Posen stammt wohl vom Jahre 1404, in Kosten war Lepra gewiss vor dem Jahre 1425. In Glogau ist es das Jahr 1391, welchem die erste Nachricht über die Leproserie zufällt, dem Jahre 1466 die letzte. Der Zeitraum, in welchem im Posenschen ganz sicher Lepra herrschte, wird durch das Jahr 1404 und 1432 begrenzt.

Die Ansteckungsfähigkeit des Aussatzes fiel bald auf, man erkannte auch, dass die Absonderung der Erkrankten eine Maassregel zur Hemmung der Verbreitung der Krankheit bilden musste. Konnte aber das nach damaligem Begriffe durchgeführte Isoliren den erwarteten Erfolg herbeiführen? Nein. In Posen war es nach dem Dekret Boguslaus vom Jahre 1422 allen Leuten erlaubt, dem Gottesdienst in der Kapelle der Aussätzigen beizuwohnen. Es handelte sich nur darum, dass man an Fest- und Sonntagen die Parochialkirche nicht meiden sollte, desswegen war in der Kapelle nur einmal zur Messe zu läuten erlaubt, um den Beginn des Gottesdienstes weniger auffallend bekannt zu machen.

Ein noch grösserer Verkehr unter den Aussätzigen und nicht angesteckten Leuten war in Kosten, wo zwar die Insassen in zwei Abtheilungen vertheilt waren, aber sie wohnten doch unter demselben Dache, traten aus und ein durch denselben, nach der Sitte jener Zeit, einzigen Flur.

Ueber die damalige Behandlung der Aussätzigen im Posenschen ist keine Kunde auf uns übergekommen, der Monographist von Glogau berichtet nur, dass man die Kranken baden liess. Die Erhaltung der Reinlichkeit des Körpers wurde als sicherstes, vorbeugendes und heilendes Mittel angesehen. Unzweifelhaft wurden Bäder in Posen und Kosten bei Lepra auch angewandt, Gelegenheit dazu war reichlich da. Posen hatte schon Badehäuser im XIV. Jahrhundert, später wuchs ihre Zahl bis auf zehn an. Die Anzahl der Bademeister war so gross, dass sie eine Zunft bildeten, deren alte Satzungen der Posener Magistrat 1632 bestätigte. Auch in Kosten waren Badehäuser und man sorgte auch für gesundes Trinkwasser, welches durch Röhren von eine Meile weit entfernten Quellen nach der Stadt geleitet wurde.

II.

Weitere Beiträge zur Nosologie und Bekämpfung der Lepra.

Ueber die Initialerscheinungen der Lepra.

Von

O. v. Petersen (St. Petersburg).

Während auf dem X. internationalen medicinischen Congress in Berlin 1890 noch die Frage der Contagiosität Gegenstand der Debatte bildete, tauchte sie auf den folgenden Congressen nicht mehr auf, da die Zahl der Gegner der Contagiositätslehre bezüglich der Lepra in dem Maassstabe sich beständig verringert, als die Kenntnisse über diese Krankheit zunehmen. Wenn es auch jetzt noch einige Collegen giebt, welche diese Theorie nicht anerkennen wollen, so ist doch die überwiegende Mehrzahl der wirklich mit Lepra bekannten Aerzte von der Contagiosität als Ursache der Verbreitung überzeugt, wenngleich ja wohl die Ansichten über den Grad der Contagiosität, sowie darüber, ob die Lepra in jedem Stadium übertragungsfähig, noch mannigfach auseinandergehen. Thatsächlich ist denn auch die Contagiositätsfrage in den Hintergrund getreten gegenüber der praktischen Frage der Bekämpfung der Lepra, sowie gegenüber den damit im engen Zusammenhange stehenden Fragen bezüglich der Statistik und der Frühdiagnose der Lepra.

Auf dem XII. internationalen medicinischen Congress in Moskau ward mir vor kaum 1 Monat die ehrenvolle Aufgabe zu Theil, über die Frage der Initialerscheinungen zu berichten, welche bezüglich der Frühdiagnose, sowie der Art der Uebertragung von nicht geringer Wichtigkeit.

Da es ja wohl noch längere Zeit dauern wird, bis die Verhandlungen des Congresses erscheinen können, erlaube ich mir, im Einverständniss mit dem Organisationscomité der in Berlin tagenden internationalen Lepra-Conferenz die Resultate meiner Forschung in ausführlicherer Form, als der freie Congress-Vortrag sie geben konnte, mitzutheilen, da gerade die Anwesenheit so vieler competenter Special-Collegen mir dafür bürgt, dass die Arbeit die entsprechende Kritik finden, resp. zur Weiterarbeit auf dem von mir betretenen Gebiet anregen wird.

Wenn ich mich nun schon seit längerer Zeit mit der Frage beschäftige, welches die ersten sichtbaren Erscheinungen der Lepra sind, so liess ich mich dabei von zwei Gesichtspunkten leiten:

Erstens ist es unsere directe Aufgabe jetzt, wo die Contagiosität der Lepra fast überall die nöthige Anerkennung gefunden, stetig danach zu forschen, in welcher Weise die Uebertragung stattfindet und ob sich an der Invasionspforte eine locale Lepraaffection ausbildet oder ob wenigstens die Frühsymptome durch ihre Localisation auf den Locus infectionis hinweisen.

Zweitens muss jetzt das Augenmerk aller Leprologen darauf gelenkt werden, die Frühsymptome der Lepra kennen zu lernen, um die Diagnose der Lepra möglichst früh klar zu stellen, denn je früher die Therapie eingeleitet werden kann, um so eher kann man einen Erfolg erzielen, um so eher lässt sich das ulceröse Stadium der Leprome vermeiden und wir wissen, dass dieses Stadium der offenen Geschwüre am ehesten die Uebertragung bewirken kann.

Da bisher bezüglich der Initialerscheinungen keine speciellen Statistiken veröffentlicht sind, kann man sich nur auf die Mittheilungen in den Handbüchern und Einzelarbeiten stützen. Es wird gewiss der Eine oder Andere der Leprologen auch an der Hand grösseren Materiales an diese Frage herangetreten sein, doch bietet die Literatur wenig Mittheilungen über die Symptome im frühen Stadium (the early stage) und jedenfalls meist nur auf Einzelbeobachtungen basirend. Dazu kommt freilich noch die Schwierigkeit, dass meist die Leprösen schon in einem vorgeschritteneren Stadium zum Arzte kommen, über die Initialerscheinungen also nur Daten aus den Angaben der Kranken erhalten werden und je länger das Leiden besteht, um so eher kann der Patient die ersten Erscheinungen vergessen haben. Nur bei Sammelforschungen, wie sie in Livland vorgenommen worden, wo Collegen wie Hellat, Loohk und Andere sich der grossen Mühe unterzogen, mit den nöthigen Kenntnissen der Landessprache und Sitten des Landvolkes ausgerüstet, von Hof zu Hof zu wandern und sämmtliche Bewohner derselben einer Körperinspection zu unterziehen.

Um die erwähnten Fragen zu studiren, benutzte ich, ausser meinen eigenen Beobachtungen, das Material, welches wir durch die Einführungen der obligatorischen Meldekarten gewonnen, in welche ich zu diesem Zwecke die folgende Frage eingesetzt hatte: „Wann erschienen die ersten Krankheitszeichen, in welcher Art und an welcher Körperstelle?" Doch bevor ich näher auf die erhaltenen Daten eingehe, möchte ich kurz recapituliren, was wir über die Initialsymptome in den älteren und neueren Handbüchern und Arbeiten finden, wobei ich jedoch nicht den Anspruch erhebe, die Literatur vollständig benutzt zu haben, im Gegentheil muss ich mir versagen, manche werthvolle Arbeit zu citiren, weil sie mir augenblicklich nicht zur Hand.

In dem sehr lesenswerthen Handbuche des „Herrn Anna Karl Lorry" (Abhandlung von den Krankheiten der Haut, aus dem Lateinischen übersetzt von Dr. Christian Friedrich Held. Leipzig, bei Siegfried Lebrecht Crusius. 1779) finden wir bereits sehr interessante Angaben über die ersten Erscheinungen des Aussatzes, man muss sie jedoch, wie überhaupt in den alten Büchern nicht unter dem Titel „Lepra" suchen (denn da findet man nur Beschreibungen von Pityriasis rosea s. Dermatomycosis oder Psoriasis), sondern unter der Bezeichnung „Elephantiasis graecorum".

Lorry sagte also schon vor 120 Jahren[1]): „Mehrentheils fängt sich diese Krankheit in der Stirn an, welche rauh, trocken, aufgesprungen, mit kleinen Tuberkeln besetzt ist. Bei Einigen fängt diese Pest [nach Paul. Avicenna[2])] an dem äussersten des vorderen Armes, am Knie und in den Gelenken der Hände und Füsse an. Archigenes hält aber diese Krankheit für eine eigene Krankheit des Gesichtes.“ Ferner sagt Lorry, dass die Krankheit auch den Beinamen Satyriasis wegen der Röthe der Wangen und Backen bekam.

Ein anderer sehr beachtungswerther Beobachter gegen Ende des 18. Jahrhunderts ist W. G. Pfefferkorn[3]), welcher 1797 eine sehr interessante Dissertation veröffentlichte, nachdem er als Assistenzarzt in der Leproserie von Drontheim gearbeitet hatte. Auf S. 9 führt P. unter den Symptomen des ersten Zeitraumes der Lepra an, dass das Gesicht mehr dunkelroth wird, Kopfschmerzen auftreten. „Es schwillt inwendig die Nase, besonders aber bei denen am Meisten, die nordischen Schnupftabak brauchen, sie wird roth, verstopft sich, hindert die Respiration und hat einen üblen Geruch.

Der dritte Zeitraum (S. 11) fängt dann an, wenn sich die Krankheit auf der Oberfläche des Körpers zeigt und äussert sich gewöhnlich mit Flecken und Hautausschlägen, die unempfindlich, nachher Knoten.

Wir werden sehen, dass vor 100 Jahren dieselben Beobachtungen gemacht wurden, wie zu unserer Zeit.

A. Cazenave und H. E. Schedel[4]) sagen S. 349 man beobachte die Lepra „le plus souvent à la face et surtout aux oreilles et au nez“, sie beginnt mit Flecken.

C. H. Fuchs[5]) spricht sich 1840 in folgender Weise aus: „Sie beginnt mit dem Erscheinen kleiner, theils runder, theils unregelmässiger geformter Flecken meistens zuerst im Gesicht, auf den Wangen, an der Nase und über den Augen, bald aber auch an den Extremitäten.“ Oft ist die Sensibilität herabgesetzt, später erscheinen die Knoten etc. Danielssen und Bock (1848) sehen als erste Erscheinung der Lepra nodosa — erythematöse Flecke[6]) an, während die Lepra anaesthetica mit Pemphigus-Blasen und weissen anästhetischen Flecken auftritt. Wir müssen hier jedoch gleich einfügen, dass bereits 1841 ein russischer Arzt, Plachow[6]), darauf aufmerksam macht, dass, wenn auch wohl selten, als erste Erscheinung nicht erst Flecken, sondern auch gleich Knoten erscheinen können. Dieses ist später von A. Hansen und auch von mir bestätigt worden.

Neisser[7]) führt unter den prodromalen Erscheinungen häufig starkes Nasenbluten an. Als erstes Symptom des Eruptionsstadiums

1) Lorry. l. c. Band I. p. 707.

2) Lib. 4. Em. 3. tract. 3.

3) Wilh. Georg Pfefferkorn, über die Norwegische Radesyge und Spedalskhed. Diss. Altona. 1797. 40 Seiten.

4) Abregé pratique des maladies de la peau. Paris 1833.

5) Die krankhaften Veränderungen der Haut. Göttingen. 1840. p. 658.

6) Ueber den Knotenaussatz im Don-Kosaken-Lande. 1841.

7) v. Ziemssen's Handbuch der speciellen Pathol. und Therapie. B. XIV. Die Hautkrankheiten. Bd. I. S. 621. 1883.

betont er ein erythematöses Exanthem mit besonderer Vorliebe im Gesicht, in 2. Reihe an den Extremitäten auftretend.

Leloir beschreibt genau die Hautflecken im Invasionsstadium, hat jedoch keine initialen Schleimhautaffectionen, ausser Trockenheit der Nase, Epistaxis und zuweilen Coryza. (Traité pratique et théorétique de la lèpre. Paris. 1886.)

Chomse[1]) constatirte bei 30 genau beobachteten Leprösen als erstes Hautsymptom — 16 mal Flecken, 9 mal Knoten und 5 mal Blasen.

Hutchinson[2]) behauptete noch 1890, dass als erstes Symptom stets Flecken auftreten.

Nach Kaposi[3]) beginnt die Lepra tubersosa mit der Entwicklung von fingernagel-, thaler- bis handtellergrossen und noch mehr ausgedehnten, rundlich oder unregelmässig gestalteten Flecken, von anfangs rother, unter dem Fingerdruck abblassender, alsbald graubrauner bis sepiabrauner oder Broncefarbe. An derselben ist die Haut glatt, glänzend, wie mit Oelfarbe bestrichen, oder bronzirt und verdickt (infiltrirt), flach oder etwas vorspringend und gegen Druck schmerzhaft. Die Flecken finden sich unregelmässig zerstreut über Stamm, Extremitäten, im Gesicht, an Händen und Füssen, Flachhand und Fusssohlen.“ Dieser klassischen Schilderung lässt sich nichts nehmen, nur hinzufügen möchte ich, dass sehr häufig diese erythematösen Flecken bereits deutlich verminderte Sensibilität aufweisen.

Der Ausdruck „gegen Druck schmerzhaft“ würde ich lieber mit „zuweilen hyperästhetisch, namentlich vor dem Uebergang zur Knotenbildung“ ersetzen.

Ferner möchte ich hinzufügen, dass dieses Erythem bereits als Lieblingssitz das Gesicht wählt. Später sagt ja auch Kaposi, dass der hauptsächlichste Sitz der Knoten — das Gesicht ist.

Bei der Beschreibung der, ebenfalls mit Flecken auftretenden, Lepra maculosa erwähnt Kaposi wohl, dass dieselben auch violett oder verschieden braun gefärbt sein können, hebt aber zu wenig hervor, dass man gerade im Frühstadium der Lepra maculoneurosa häufig ein Abblassen des Fleckens im centralen Theil beobachtet, so dass nur ein blassrosa oder violetter Rand nachbleibt, der sich zuweilen ringförmig darstellt.

Falcao[4]) hebt als eins der frühesten Symptome häufige Rhinitis hervor.

Prince A. Morrow[5]) neigt auch schon mehr zu dem von Falcao betonten Standpunkte. Er hält es für wahrscheinlich, dass an den Schleimhäuten der oberen Luftwege, die das Virus aufnehmen können, sich auch eine Initialerscheinung (initial patch) bilden kann, die einen Bacillenherd darstellt, von dem aus die Allgemeininfection ausgeht.

Daher meint Morrow, dass in den meisten Fällen die ersten

1) Ein Beitrag zur Casuistik der Lepra. Mitau. 1887.
2) British med. Journ. 1890.
3) Pathologie und Therapie der Hautkrankheiten. IV. Aufl. 1893. S. 814 etc.
4) Verhandlungen des 2. internationalen Dermatolog. Congresses in Wien. 1892.
5) A System of genito-urinary diseases, Syphilidology and Dermatology. Vol. III. Dermatology. New York. 1895. p. 562—610.

Erscheinungen an den Schleimhäuten der oberen Luftwege (Nase, Kehlkopf) zu suchen seien.

Die ersten äusserlich sichtbaren Symptome sind gewöhnlich rothbraune, verschieden grosse Flecke, leicht erhaben, namentlich im Gesicht, bei Lepra nodosa; bei der Lepra anaesthetica — rothe Flecken oder Blasen.

Zuletzt müssen wir noch der vorzüglichen, zu Beginn dieses Jahres erschienenen Monographie meines Landsmannes, A. v. Bergmann[1]) erwähnen, der auf Grund seiner reichen Erfahrung aus den Rigaer Leprosorium die Lepra beschreibt.

A. v. Bergmann weist darauf hin, dass der Eruption des allgemeinen Ausschlages Einzeleruptionen vorausgehen, welche durch grosse Stabilität ausgezeichnet sind.

Auf dieselben haben schon Daniellsen und Boeck hingewiesen, im Rigaer Leprosorium hat man ihr Erscheinen bei 40 pCt. als sicher anamnestisch constatiren können.

Ferner giebt A. v. Bergmann als Erscheinungen des Incubationsstadiums der Lepra an: verschiedene vage Sensationen, Kältegefühl, Digestionsstörungen und katarrhalische Erscheinungen von Seiten der Nasenschleimhaut; letztere würden den Uebergang zu den Prodromen bilden. Die erythematösen „ephemeren Flecken und das initiale Infiltrat sind dem Prodromalstadium eigenthümlich“. Mir scheint diese Theilung nicht ganz richtig und zweckentsprechend, denn wenn man in jedem einzelnen Falle die Möglichkeit hätte das Secret der Rhinitis, sowie die Mucosa genau zu untersuchen. so würde man wahrscheinlich wohl schon objective Symptome finden, Ulcerationen der Schleimhaut und Bacillenherde. Und daher möchte ich nicht so weit gehen, genau Prodromal- und Eruptionsstadium zu trennen. In der Praxis dürfte es nicht leicht sein und auch keine praktische Bedeutung haben. Wichtiger dagegen ist es, wenn möglichst früh sichere Erscheinungen, welche das Vorhandensein von Lepra beweisen, sich constatiren lassen können.

Wichtig scheint mir aber auch der Hinweis A. v. Bergmann's darauf, dass „an der Nasenschleimhaut es ausschliesslich die vorderen Partieen sind, welche lepröse Infiltrationen zeigen (pag. 65). Ferner constatirt A. v. Bergmann (pag. 71), dass wir im Anfange ein initiales Infiltrat finden oder „die Krankheit tritt gleich mit einer grösseren Aussaat von Eruptionen in die Erscheinung“. Dieses lässt sich wohl so verstehen, dass sich auch Knoten ohne vorhergehende Flecken bilden können, wie wir das bereits oben erwähnt haben.

Völlig übereinstimmend bin ich mit A. v. Bergmann's Anschauung, dass die sogen. rothen Flecken (wohl viel richtiger Erythema leprosum genannt) jedenfalls schon Symptome der Allgemeininfection sind und nur ausnahmsweis, namentlich wenn sich ein Erythemfleck an einer Stelle bildet, wo vorher eine Continuitätstrennung der Haut stattgefunden hat, ist es zulässig ihn als Initialherd anzusehen. namentlich bei der Lepra maculo-nervosa.

Wenn wir nun das Resultat unserer literarischen Umschau fest-

1) Deutsche Chirurgie. Lief. 10 b. Stuttgart 1897.

legen wollen, müssen wir sagen, am häufigsten ist als erstes äusseres Symptom das Auftreten erythematöser Flecken constatirt worden, namentlich am Gesicht. Darin stimmen die Beobachtungen vor über 100 Jahren mit den jetzigen völlig überein. Desgleichen wurde früher, ebenso wie jetzt darauf hingedeutet, dass auch die Schleimhäute sehr frühzeitig erkranken, namentlich diejenigen der Nase, wie das schon Pfefferkorn vor 100 Jahren betont und worauf unser unvergesslicher Freund, Prof. Münch auch schon in unseren Privatgesprächen hingewiesen.

Wenden wir uns nun zu dem Material der officiellen Meldekarten, von denen bisher 1200 zur Verarbeitung gelangt. Da dieselben von weit über 100 verschiedenen Aerzten in den verschiedensten Gegenden Russlands ausgefüllt, ist es leicht begreiflich, dass nicht über jeden Fall in gleich ausführlicher Weise berichtet worden, und nicht stets alle Fragen beantwortet sind oder beantwortet werden konnten, namentlich die uns speciell interessirende Frage, wenn Patient, seit vielen Jahren leidend, sich kaum noch der Art und Weise des Beginnes seines Leidens bewusst ist. Je kürzere Zeit dagegen Patient leprös, um so eher kann er die Frage über die Anfangssymptome beantworten. Daher theilen wir unsere Fälle auch in 3 Gruppen je nach der Dauer der Krankheit.

Im Ganzen fanden wir auf 588 Meldekarten (von 1200) verwerthbare Antworten auf die Frage, in welcher Weise und an welcher Körperstelle die ersten Erscheinungen bemerkt worden. Dabei handelt es sich um

Lepra nodosa	482 mal
Lepra maculo-nervosa .	106 „
Summa	588.

	L. nod.	L. mac. nerv.
Ueber 3 Jahre waren krank	373	84
2—3 „ „ „	61	9
Ueber 2 „ „ „	48	13
	482	106

(Hierbei sei noch bemerkt, dass wir alle Fälle von Lepra mixta der Lepra nodosa beigezählt haben.)

Von den 482 Fällen von Lepra nodosa haben begonnen:

mit rothen Fleken . . .	314 =	65,3 pCt.
„ Knoten	111 =	23,0 „
„ anderen Erscheinungen	57 =	11,7 „

Nehmen wir nun aber nur diejenigen Fälle, wo die Lepra erst 2 bis 3 Jahre dauert, so ergiebt sich der Beginn

mit rothen Flecken . . .	in 41 =	67,2 pCt.
„ Knoten	„ 19 =	31,2 „
„ anderen Erscheinungen .	„ 1 =	1,6 „

Ziehen wir aber die verhältnissmässig früh diagnosticirten Fälle in Betracht, wo das Leiden weniger als 2 Jahre besteht (nach Angabe der Patienten), im Ganzen 48 Fälle, so ergiebt sich als erstes Symptom:

rothe Flecken	bei 34 =	70,8 pCt.
Knoten . .	„ 13 =	29,2 „

Von 106 Fällen der Lepra maculonervosa begannen:

mit rothen Flecken	. . .	98	= 92,4 pCt.
„ Blasen		5	
„ anderen Erscheinungen		3	
		106	

Wir sehen also, dass unsere Daten völlig die Angaben der früheren Autoren bestätigen, zugleich aber auch die Wichtigkeit der Frühdiagnose für die Frage der ersten Erscheinungen beweisen. Während für alle Fälle zusammen in 65 pCt. der Beginn mit erythematösen Flecken angegeben wurde, erhielten wir:

für die nicht über 3 Jahre lang Kranken 67,2 pCt.
„ „ „ „ 2 „ „ „ 70,8 „

Wir können also wohl annehmen, dass bei ca. 70 pCt. der Patienten mit Lepra nodosa das erste sichtbare Symptom erythematöse Flecken (Infiltrate) sind, dagegen bei ca. 29 pCt. Knoten der Haut auftreten, ohne dass Erytheme vorhergehen. Bei der Lepra maculo-nervosa dagegen bildet bei 92 pCt. das Erythema leprosum das erste äusserlich sichtbare Symptom (und nicht, wie bisher vielfach angenommen worden, der Pemphigus leprosus).

Von grossem Interesse ist nun ferner die Frage der Localisation der Initialerscheinungen und haben wir daher in nachfolgender Tabelle die näheren Daten zusammengestellt:

Die Localisation der Initialerscheinungen.

Initialerscheinungen	Dauer der Krankheit			
	über 3 Jahre	2-3 Jahre	weniger als 2 Jahre	Summa
I. Lepra nodosa.				
1. Flecken (roth, röthlich-braun, gelblich-röthlich) erschienen zuerst:				
im Gesicht	136	29	62	187
am Unterschenkel	39	8	6	53
„ Vorderarm	32	3	5	40
„ Oberschenkel	10	—	—	10
„ linken Bein	2	—	—	2
an den Nates	1	—	—	1
„ „ Armen und Beinen . .	16	—	—	16
„ der Brust	3	1	—	4
am Nacken	—	—	1	1
	239	41	34	314
2. Knoten:				
im Gesicht	56	16	8	80
am Unterschenkel	8	1	1	10
an der Handgelenksgegend . .	5	1	—	6
am Vorderarm	3	1	5	9
an den Armen und Beinen . .	6	—	—	6
	78	19	14	111

Initialerscheinungen	Dauer der Krankheit über 3 Jahre	2-3 Jahre	weniger als 2 Jahre	Summa
3. Anderweitige Initialerscheinungen:				
Ausfallen der Augenbrauen . .	29	—	—	29
Nasenleiden	12	—	—	12
Blasen der Sohlen	5	—	—	5
Knoten am Gaumen	2	—	—	2
Conjunctivitis	2	—	—	2
Pusteln, dann Knoten im Gesicht	1	—	—	1
Furunkel der Beine	1	—	—	1
Carbunkel am Rücken	1	—	—	1
Panaritium des Zeigefingers (dann Erythem des Gesichts) . . .	1	—	—	1
Ulcus volae manus	1	—	—	1
Blase am Vorderam	1	1	—	2
	56	1	—	57
	373	61	48	482

II. Lepra maculo-nervosa.

Initialerscheinungen	über 3 Jahre	2-3 Jahre	weniger als 2 Jahre	Summa
1. Flecken (roth, violett-roth, bräunlich), zuerst:				
im Gesicht	8	1	—	9
an den Beinen	10	3	9	22
„ einem Unterschenkel . . .	6	—	—	6
„ beiden Unterschenkeln . .	10	—	—	10
„ den Armen und Beinen . .	6	—	—	6
am Knie	4	1	—	5
an den Vorderarmen	17	—	3	20
„ einer Hand	8	1	—	9
am Ellbogen	2	—	—	2
„ Unterleib	2	—	—	2
an der Brust	1	1	—	2
am Rücken	2	1	—	3
an den Nates	—	1	1	2
	76	9	13	98
2. Blasen:				
an den Armen	1	—	—	1
„ „ Beinen	4	—	—	4
	5	—	—	5
3. Anderweitige Initialerscheinungen:				
Blutung aus dem linken Nasenloch	1	—	—	1
Abscess unter dem Knie . . .	1	—	—	1
Wunden an den Unterschenkeln	1	—	—	1
	3	—	—	3
	84	9	13	106

Diese Tabelle giebt uns vor Allem die recht beachtenswerthe Thatsache, dass sich bezüglich der ersten sichtbaren Erscheinungen ein sehr bedeutender Unterschied bemerkbar macht, je nach der Form der Lepra.

Die Lepra nodosa beginnt, wie das ja schon seit Alters her bekannt gewesen, vorzugsweise im Gesicht (in 267 von 482 Fällen) in 55,4 pCt. und an den Extremitäten bei 35,5 pCt., während bei der Lepra maculo-nervosa in 87 von 106 Fällen die ersten Erscheinungen an den Extremitäten beobachtet werden, d. h. in 83 pCt. (bei 46,2 pCt. an den unteren, bei 30,2 pCt. an den oberen und bei 6,6 pCt. an Armen und Beinen gleichzeitig.) Im Gesicht zeigten sich die ersten Erscheinungen nur in 8 pCt.

Diese Daten beziehen sich nun auf die Fälle im Allgemeinen. Nehmen wir nun wieder nur die frischen Fälle, mit einer Krankheitsdauer von weniger als 3 Jahren, so ergiebt sich, dass bei Lepra nodosa in 75 (von 109) Fällen, d. h. in 68,8 pCt. die ersten Erscheinungen das Gesicht betrafen und nur 28,7 pCt. die Extremitäten, während bei Lepra maculo-nervosa in 17 (von 22) Fällen, d. h. in 76 pCt. zuerst sich Erscheinungen an den Extremitäten zeigten.

Eine genügende Erklärung für diese Thatsache lässt sich gegenwärtig nicht endgültig feststellen, nur möchte ich die Idee nicht von der Hand weisen, dass ausser dem viel langsameren Verlauf der Lepra maculo-nervosa wohl auch die Art der Invasion, d. h. richtiger die Localisation der Invasionspforte eine Rolle spielen mag.

Bezüglich der Lepra nodosa ist es doch immerhin in die Augen fallend, dass die ersten Erscheinungen gerade im Gesicht auftreten, während doch schon mehrfach darauf hingewiesen worden ist, dass die Invasionspforte der Leprabacillen in den oberen Luftwegen zu suchen seien (Falcao, Münch, Morrow.) Jedenfalls stimme ich mit den übrigen Autoren darin überein, dass die sog. Flecken, das Erythema leprosum, schon ein Symptom der Allgemeininfektion sind, vermuthe aber, dass sie sich eher in der Nähe des Locus infectionis zeigen können. Nun, darauf wird man in Zukunft besonders achten müssen, namentlich wäre es zur Klärung dieser Frage besonders wünschenswerth, dass man in jedem einzelnen Falle (namentlich in den frühzeitig zur Beobachtung kommenden) die Erscheinungen an den Schleimhäuten der Nase, Mundhöhle und des Kehlkopfes notire, sowie auch, ob das Erythema, die Flecken symmetrisch oder asymmetrisch auftreten, denn wir wissen, dass bei frischen Allgemeininfektionen die Exantheme eine besondere Neigung haben, symmetrisch aufzutreten.

Für die Frage des Locus infectionis an der Haut bietet unser Material wenig, es wäre denn darauf hinzuweisen, dass in 7 Fällen angegeben wird, dass den Erscheinungen der Lepra-Symptome Verletzungen vorhergegangen seien, doch kann das post hoc ergo propter hoc nicht als Beweis dienen. Anders steht es mit den Schleimhäuten. Noch vor einigen Monaten beobachtete ich in St. Petersburg einen Fall, welcher mir zu denken gab und den ich für so lehrreich halte, dass ich hier kurz über denselben berichten will.

M. N—ses, 28 Jahre alt, Musiker, ist in Bukarest geboren. Der Vater starb vor 7 Jahren, 56 Jahre alt, die Mutter lebt, 44 Jahre alt, desgleichen 4 Brüder und 3 Schwestern, alle gesund. — Pat. ist seit

6 Jahren verheirathet und hat 3 Kinder, das Jüngste davon 2 Jahre alt, alle gesund. — Seit 1890 reist N. als Musiker eines Orchesters vielfach herum, ist einige Zeit in Paris gewesen, wiederholt in Rostow am Don und St. Petersburg, wo er seit 1 Jahr als Geiger thätig und in einem Vergnügungsgarten allabendlich mit Erfolg spielt.

In der ersten Jugend hat er Urethritis und Ulcus molle gehabt. Vor 2 Jahren stellte sich ein Schnupfen ein, namentlich der linken Nasenhälfte, seit 1 Jahr ist er besonders beständig. Vor $1\frac{1}{2}$ Jahren stellte sich ferner eine Röthe der Gesichtshaut ein, die bis jetzt anhielt, dabei rheumatische Schmerzen in den Gliedern und seit ca. $\frac{1}{2}$ Jahr Flecken, dann Knötchen an den Vorderarmen.

Status praesens im April 1897.

Der Körperbau gracil, aber kräftig, die Ernährung gut. Das Gesicht diffus mässig geröthet, wie nach Weingenuss (Erythema diffusum), leichte Infiltration der Superciliar- und Glabellarregion. Die Augenbrauen schwarz, ziemlich dicht, jedoch an der lateralen Partie weniger dicht. An den Vorderarmen und Unterschenkeln über dem Hand- resp. Fussgelenk kleine Gruppen von Knoten und leichte Infiltrate, sowie chagrinartige Haut (Infiltration der Haarbälge). Die Haare an den Vorderarmen und Unterschenkeln ausgefallen. Daselbst verminderte Sensibilität, ebenso wie an der Gesichtshaut. Im Uebrigen keinerlei Erscheinungen. Pat. war höchst erstaunt zu erfahren, dass er eine ernste Krankheit habe. In diesem Anfangsstadium der Krankheit bot er keinerlei direkte Gefahr, wie es schien. Als ich jedoch die Nase untersuchte, fand ich am vorderen Theil der linksseitigen Fläche der Nasenscheidewand ein fingernagelgrosses, flaches Geschwür mit grau-weisslichem Belag. Die mikroskopische Untersuchung ergab Schrecken erregende Mengen von Leprabacillen, die richtige Reinkultur! Man kann sich denken, welche Quantitäten davon täglich beim Schnäuzen ins Taschentuch gelangten und später in die Hände der Wäscherinnen.

Dieser Fall scheint mir deutlich zu beweisen, dass die ersten Erscheinungen an der Nasenschleimhaut sich manifestirt haben und dort wohl auch die Invasionspforte für die Leprabacillen in Form einer Ulceration der Schleimhaut der linken Seite des Septum narium sich findet. Das Erythem des Gesichtes trat dann später auf als erste Erscheinung der sich ausbreitenden Infection.

In dem Material der Meldekarten finde ich ferner 12 Fälle, wo die ersten Erscheinungen von der Nase ausgegangen.

1. A. J., 60jährige Frau, wohl situirt, bemerkt vor $1\frac{1}{2}$ Jahren auf der Nasenschleimhaut kleine Knötchen, die nach einiger Zeit auch im Gesicht auftreten und schliesslich ulceriren. Pat. hat oft an Ekzem gelitten.

2. Sch. E., 59jährige Frau, Lepra maculosa et mutilans. Das Leiden begann mit Kopfschmerzen und häufigem Nasenbluten aus der linken Nasenhälfte, nach 7—8 Monaten am Malleolus extern. des rechten Beines Pemphigusblasen.

3. J. O., 34jähriger Bauer, bekam vor 4 Jahren ein Nasenleiden, am Septum Geschwüre, darauf Knoten an der Stirn.

4. G. S., 25jährige Bäuerin, hat ein 2jähriges Kind. Noch kein Jahr lang leprös. Die erste Erscheinung Verdickung der Nase.

5. A. Sch., 14 Jahr alt, das 3. Jahr krank (L. maculo nervosa). Das Leiden begann in der Nase (Geschwüre).

6. T., 29jähriger Bauer, vor 9 Jahren begann das Leiden mit Nasenbluten, darauf Knoten an der Stirn.

7. S., 24jähriger Edelmann. Das Leiden begann mit einem hartnäckigen Schnupfen, worauf sich Ulceration der Nasenschleimhaut einstellte, dann L. nodosa.

8. J. L., 28jähriger Kosak. L. nodosa. Beginn des Leidens mit sich öfter wiederholendem Nasenbluten aus einer übelriechenden Ulceration der Nasenschleimhaut, dann Knoten im Gesicht.

9. E. K., 20jährige Bäuerin. L. nodosa. Beginn des Leidens mit Anschwellung der Nase, darauf Knoten.

10. P. K., 28jährige Kosakin, L. nodosa. Das Leiden begann vor 6 Jahren mit Röthung und Verdickung der Nasenhaut, dann Knoten.

11. M. S., 60jährige Bäuerin. 3 Jahre lang Nasenleiden, dann Flecken und später Knoten an den Unterschenkeln.

12. A. B., 27jähriger Blecharbeiter. Vor 2 Jahren Trockenheit in der Nase, Schwellung der Nasenschleimhaut und Schnupfen, dauerte $2\frac{1}{2}$ Monat mit Gliederschmerzen, Fieber, Krustenbildung in der Nase und darunter Ulcerationen. 1 Jahr nach dem Auftreten der ersten Symptome bemerkte Pat. rothe, leicht erhabene Flecken im Gesicht, die allmälig zur Knotenbildung führten. 2 Jahre nach Beginn der Krankheit ist die Nase bereits eingefallen und das allgemeine Bild der L. nodosa ausgebildet.

Alle diese Fälle geben jedenfalls zu denken und begründen die Forderung in Zukunft stets speciell auf die Nasenschleimhaut zu achten, denn dieselben beweisen, dass in einer Reihe von Fällen die Initialerscheinungen nicht auf der äusseren Haut, sondern sich auf der Schleimhaut der Nase; (und wohl auch der Mundhöhle resp. Kehlkopf) befinden und es liegt ja auch die Erklärung nahe, dass durch Kratzen an der Nase die Leprabacillen dahin übertragen werden können. Damit steht die Beobachtung A. v. Bergmann's, dass ausschliesslich die vorderen Partieen der Nasenschleimhaut bei Lepra erkrankt gefunden werden, in Einklang.

Wenn nun die Collegen stets, namentlich wenn sie es mit seit kurzer Zeit an Lepra Leidenden zu thun haben, genau die Schleimhäute einer Untersuchung unterwerfen werden und wenn auch in den längere Zeit bestehenden Fällen in der Anamnese die Frage bezüglich dessen, wann die Schleimhäute der Nase, des Rachens und des Kehlkopfes erkrankt, die gebührende Berücksichtigung finden wird, werden wir mit der Zeit ein genügendes Material ansammeln, um die Frage zu entscheiden, ob die Initialerscheinungen auf der äusseren Haut zu suchen seien, oder ob wir sie zuerst auf den Schleimhäuten finden.

Aus dem Dargelegten möchte ich folgende Schlussfolgerungen ziehen:

1. Unter dem Worte „Initialerscheinungen“ sind die ersten sichtbaren Erscheinungen der Lepra gemeint. Die Initialerscheinungen können sich unter Anderem auch an der Invasionspforte der Leprabacillen entwickeln, doch lässt sich diese Frage noch nicht entscheiden,

da wir über die Invasionspforte (locus infectionis) der Leprabacillen noch sehr wenig wissen.

2. In den meisten Fällen sind aber die ersten äusserlich sichtbaren Erscheinungen (auf der Haut, in Form von Flecken, Knoten oder Blasen) bereits der Ausdruck einer Allgemeininfection des Körpers.

3. In den meisten Fällen von Lepra findet man als erste äussere Erscheinung auf der Haut rothe Flecken (richtiger Erythema leprosum), die sich bei Lepra nodosa namentlich im Gesicht, bei Lepra maculo-nervosa meist an den Extremitäten zeigen, theils symmetrisch, theils asymmetrisch auftretend.

4. Je kürzere Zeit seit dem Auftreten der ersten Lepraerscheinungen vergangen, um so häufiger geben die Patienten an, dass die Krankheit mit rothen Flecken an der Haut begonnen und erst nach längerer oder kürzerer Zeit trat Knotenbildung ein.

5. In einer geringeren Zahl von Fällen der L. nodosa traten als erste Erscheinung direkt Knoten auf, ohne dass Erythemflecken vorausgegangen waren.

6. Die Localisation der ersten Erscheinungen auf der Haut ist gänzlich verschieden, je nach der Form der Lepra. Bei Lepra nodosa traten die ersten Flecken im Gesicht bei 68,8 pCt. der Patienten auf, bei Lepra maculo-nervosa in 76 pCt. an den Extremitäten. Die Ursache dieser bemerkenswerthen Thatsache muss erst durch weitere Studien ergründet werden.

7. Bereits in der Lepra-Litteratur, der älteren, wie der neuesten, findet man vielfach Hinweise auf frühzeitige Erkrankung der Schleimhäute, namentlich der Nase und des Kehlkopfes bei Lepra.

8. Aus dem dargelegten Material ergiebt sich die Thatsache, dass die Initialerscheinungen (und in diesen Fällen wohl auch der locus infectionis) auch an den Schleimhäuten auftreten, diese also schon früher als die Haut erkranken können, namentlich die Nasenschleimhaut.

9. Daher sind in jedem Falle von Lepra, namentlich aber in denjenigen Fällen, wo das Leiden seit kürzerer Zeit besteht, die Schleimhäute einer genauen Untersuchung zu unterziehen, um dann, wenn grösseres Material gesammelt, entgültig zu entscheiden, wie häufig die Initialerscheinungen sich früher auf der Schleimhaut als auf der äusseren Haut zeigen.

10. Der localen Therapie der erkrankten Schleimhäute bei Lepra ist besondere Beachtung zuzuwenden und eignet sich dazu sehr gut Acid. lacticum purum.

Sur la lèpre.

Rôle étiologique.

I. De l'hérédité. — II. De la transmissibilité.

(Nosologie générale — Prophylaxie.)

Par

Ernest Besnier (Paris).

Maladie bactérienne exclusive à l'homme, la lèpre ne naît ni spontanément, ni sous l'action de causes banales quelles qu'elles soient; elle dérive — lésions et symptômes — de l'action toxinigénétique du bacille de Hansen et de Neisser, soit au lieu même des lésions, soit dans les éléments nerveux qui règlent la sensibilité et le trophisme.

Alternativement inerte et virulente, régulièrement, mais toujours, extrêmement multipliée, la bactérie lépreuse subsiste, ou se reproduit, dans l'organisme de l'homme et non ailleurs; sa germination et son pouvoir toxinigène y sont réglés par un état biochimique non encore déterminé, mais exclusivement humain, tantôt favorable, tantôt inhibitoire, immunisant.

La lèpre vient du lépreux, non d'ailleurs, et là où il n'y a pas de lépreux on ne prend pas la lèpre; c'est avec les hommes que la lèpre se déplace, ce sont leurs mouvements qui règlent sa marche, et depuis les temps les plus reculés jusqu'a l'heure présente on en suit les étapes, et on en peut tracer sur le globe la carte authentique.

Immédiate ou médiate, du lépreux à l'homme sain, la transmission du bacille est univoque; elle est toujours d'ordre contagieux; mais comme elle peut se réaliser avant ou après la naissance, le thème se divise de lui-même en deux segments: lèpre acquise avant la naissance — hérédolèpre; lèpre acquise après la naissance — lèpre acquise, lèpre commune, lèpre.

§ 1.

I. Hérédité lépreuse en général. — II. Lèpre héréditaire en particulier.

I.

Hérédité lépreuse en général, ou modes de l'action héréditaire des générateurs lépreux sur leurs produits.

I. Prédisposition constitutionnelle et immunisalion. Athrepsie ot atrophies. Dystrophies dégénératives. Parahérédolèproses. Atavisme paralépreux. — II. Transmission de la lèpre en nature. Hérédogénèse. Hérédocontagion.

L'action héréditaire des générateurs lépreux sur leurs produits n'est ni une, ni constante; elle est multiple, complexe, contingente; elle comprend, au moins, deux termes: a) Création chez les produits d'états protoplasmiques, et biochimiques interférents, desquels dérivent la prédisposition, l'immunisation, les athrepsies, les atrophies et les dystrophies, les dégénérescences; b) Transmission de la maladie en nature, ou hérédocontagion. Sur le premier terme, un très court aperçu suffira pour fixer les idées, et pour jeter les bases de la nomenclature hérédoléprologique.

I. Prédisposition constitutionelle et immunisation. Athrepsies et atrophies. Dystrophies dégénératives. — Parahérédolèproses. Atavisme paralépreux. — Sous l'action de la toxinigénèse lépreuse, par l'élément spermatique ou par l'ovule, les générateurs lépreux peuvent créer chez leurs produits un état protoplasmique constitutionnel qui les place en état de résistance affaiblie, soit aux diverses contaminations en général, soit à quelques-unes en particulier; c'est la prédisposition héréditaire constitutionnelle, que présentent si active à l'égard de la tuberculose les produits des générateurs tuberculeux, chez lesquels elle s'accuse par des stigmates typiques. Chez les enfants issus de lépreux, rien de semblable, rien qui indique une prédisposition constitutionnelle particulière à la lèpre. Chacun, sans prédisposition d'aucune sorte, héréditaire ou autre, peut devenir lépreux ou tuberculeux; mais la prédisposition des enfants de lépreux à la lèpre, si elle existe, est certainement moins caractérisée que la prédisposition des enfants de tuberculeux à la tuberculose.

Plus positive et plus remarquable est la production toxinigénétique, chez les enfants issus de lépreux, d'un état biochimique leur conférant une immunité plus ou moins durable, manifestée par l'absence prolongée, et quelquefois définitive, de toute contamination bien qu'ils soient élevés dans la famille lépreuse, et placés, durant la première enfance, dans les conditions les plus favorables à cette contamination que l'on puisse imaginer. On objectera que la lèpre est rare dans cette première enfance chez les sujets de toute catégorie; mais les deux cas sont tout à fait distincts, les enfants de lépreux, dans la famille et dans la maison lépreuse, sont exposés à toutes les conditions de contamination lépreuse; les autres, au contraire, élevés dans la famille non lépreuse. sont protégés, autant que possible, par le fait même des conditions d'existence propres à leur âge. Qant à

l'opinion qui rapporte cette immunité infantile commune à la longue „incubation“ de la lèpre, il faudrait, au préalable, pour l'appuyer, établir la durée réelle de cette „incubation“, laquelle demeure à l'état de postulat.

C'est encore à la toxinigénèse lépreuse que se rapportent les atrophies et les athrepsies, lentes ou rapides, que l'on peut observer ches les produits des générateurs lépreux, ainsi que les dystrophies dégénératives indiquant l'existence d'un état protoplasmique constitutionnel pathogénétique. Ces diverses altérations sont à la lèpre ce que sont à la syphilis les nombreuses variétés de parahérédosyphiloses; elles ne représentent en aucune manière la lèpre en nature; et les sujets chez lesquels ont été inaugurées les tares dégénératives, sans avoir la lèpre en nature, peuvent transmettre à leurs produits ces tares, mais non la lèpre qu'ils n'ont pas.

Au premier rang des parahérédolèproses de première génération se placent les athrepsies foetales telles que les a observées et décrites Zambaco-Pacha, et dont voici le tableau sommaire tel que l'a tracé notre éminent compatriote dans la magnifique épopée lépreuse qu'il a intitulée les Lépreux ambulants de Constantinople (in-4, Paris, Masson et Cie, 1897, p. 317): „J'ai vu des enfants issus de parents lépreux, surtout à la léproserie de Scutari près de Constantinople — où le mari et la femme sont souvent lépreux bien avant leur mariage — venir au monde petits, mal développés, très maigres, ayant la peau violacée ou d'un rouge foncé, en conservant une coloration qui tantôt diminue, tantôt se ranime, et qui, à la fin, peut devenir comme bistre. D'autres fois, les enfants des lépreux, nés comme des vieillots, ne se développent pas, et succombent à l'athrepsie sans présenter rien sur le corps, aucun indice de la lèpre. Cette cachexie foetale qui amène la mort dans l'utérus, ou peu après la naissance, sans lésions spéciales est, certes, due à la lèpre, et peut être désignée sous le nom de paralépreuse; car, dé même que le professeur Fournier a établi la classe des lésions parasyphilitiques, il y a lieu aussi de grouper sous le nom de paralépreux un grand nombre d'états morbides relevant de la lèpre tout en s'écartant de ses processus ordinaires.“

Non seulement ces processus „s'écartent“ de la lèpre, mais, une fois produits, ils en sont disjoints complètement et n'ont plus rien de la lèpre bacillaire, de la lèpre en nature, qu'ils ne peuvent jamais reproduire. Leur catégorisation définitive, l'étude complète des altérations qui existent chez les nouveau-nés dont il vient d'être question, leur observation absolue, en un mot, restent à établir; mais elles suffisent, telles qu'elles sont, pour remplir notre but actuel, c'est-à-dire donner un corps précis aux idées.

Chez les enfants de lépreux qui survivent, et qui deviennent, ou non, ultérieurement lépreux, il reste entièrement à décrire, par des observations nouvelles, prises dans la direction féconde où ont été étudiées les parahérédosyphiloses, quelles sont les lésions imputables à la parahérédolèpre; la série en sera moins grande et moins variée que celle des parahérédosyphiloses. Établies constitutionnellement dans le protoplasme, déterminées dans leur espèce soit par des localisations électives, soit par le type des toxinoses pathogénétiques, elles

peuvent être transmises à plusieurs générations, surtout dans les groupes fermés — atavisme paralépreux. Si les altérations digitales des „Cagots“ dérivent de la lèpre, elles en présentent la tare résiduaire, le reliquat héréditaire le plus reculé que l'on connaisse.

II. Transmission de la Lèpre en nature. Hérédogénèse. Hérédocontagion. — Considérées dans leur genèse, l'hérédité de prédisposition, l'immunisation conceptionnelle, les tares atrophiques, athrepsiques, dégénératives, par un mode diversement matérialisé, dérivent des altérations toxinigénétiques existant chez les générateurs, ou réalisées chez les produits pendant la vie intra-utérine. L'ordre de ces phénomènes est actuellement connu et expérimentalement établi; il ne comporte rien qui ne soit plus ou moins concevable.

Il n'en est plus de même pour l'hérédité de la lèpre en nature, laquelle implique, des générateurs aux produits, la transmission préalable de l'agent pathogène figuré et vivant, soit aux cellules séminales ou à l'ovule, ou à l'organite primaire au moment de sa constitution, soit au foetus après son organisation effectuée. La contamination primaire, si elle est réalisable, ne semble pas devoir être compatible avec la survie des cellules séminales, ou de l'ovule ou de l'organite premier. La contamination seconde est plus vraisemblable, et plus conforme à ce que l'observation des maladies bacillaires, et leur étude expérimentale, enseignent.

A cette contamination utéroplacentaire du foetus, on a objecté, d'une part, que l'on n'avait pas encore démontré la présence du bacille de Hansen dans le placenta des hérodolépreux, et, d'autre part, que la mère de l'hérodolépreux pouvait être „saine“ et rester telle ultérieurement, le père seul étant lépreux.

Sur le premier point, il y a lieu d'en appeler à des recherches nouvelles plus complètes, sur pièces totales recueillies par le bactériologiste lui-même dans les conditions de tout ordre nécessaires à une enquête inattaquable.

Sur le second point — mère „saine“, père lépreux — on se rappellera l'immunisation plus ou moins durable des mères d'hérédosyphilitiques auxquelles s'applique le thème connu sous le nom de „loi de Colles“. (Voy. Ernest Besnier, Sur la Lèpre, nature, origine, transmissibilité, modes de propagation et de transmission. Travail lu à l'Académie de médecine dans la séance du 11. octobre 1887. Bulletins de l'Académie de médecine de Paris, 1887.) Ce thème s'adapte régulièrement aux mères „saines“ — femmes de maris lépreux — lesquelles sont conceptionellement immunisées. Et cette notion nouvelle ouvre le chapitre à écrire sur l'immunisation conceptionelle en général, sur les auto-immunisations temporaires des maladies indélébiles paroxystiques — ou autovaccinations, analogues à l'autovaccination immunisante des maladies non récidivantes — etc., et les immunisations observées dans la lèpre en particulier, chez les enfants de lépreux, les mères „saines“ femmes de maris lépreux, et les périodes inertes au cours de la lèpre. Indépendamment de l'extrême intérêt scientifique que présentent ces questions, on trouvera certainement dans leur étude les meilleures bases de la thérapeutique nouvelle de la lèpre.

Ainsi dégagée des obscurités du thème ancien, et spécifiée clairement dans ses modalités diverses, l'hérédité lépreuse apparaît non plus comme une chose incompréhensible — „mystère héréditaire“ — mais comme un phénomène pathogénétique à termes variables, tous conformes au type normal de l'hérédogénèse bactérienne. Il n'y aura plus, à présent, dans le langage léprologique, à confondre, sous le terme univoque et banal d'„hérédité“, des phénomènes aussi distincts que la prédisposition protoplasmique constitutionnelle, l'immunisation vaccinatoire, les dystrophies toxinigénétiques et les tares dégéneratives transmissibles, d'une part, et, d'autre part, la transmission de la maladie en nature des générateurs aux produits — hérédité vraie de la lèpre — laquelle se réalise très rarement, et consiste en une transmission contagieuse — transmission d'un contage. Et, en fait, l'hérédité et la contagiosité de la lèpre, loin d'être opposables l'une à l'autre, se prouvent l'une par l'autre, et représentent des modes divers d'un seul et même phénomène.

II.

Lèpre héréditaire.

I. Lèpre congénitale ou hérédolèpre congénitale ou précoce. — II. Lèpre héréditaire à échéance reculée, ajournée — hérédolèpre différée, tardive. — III. Lèpre ancestrale, atavique, ethnique.

La lèpre héréditaire est démontrable par les cas avérés — faits de Zambaco en particulier — de lèpre tégumentaire existant au moment de la naissance, et par ceux qui ont été constatés dans les premières semaines, ou dans les premiers mois qui la suivent.

Ces délais passés, et pendant les premières années de la vie, la lèpre devient plus rare encore, et quand elle se développe, rien ne peut plus établir que l'enfant de lépreux qui devient lépreux au pays lépreux, dans la famille lépreuse, est devenu lépreux par hérédité, et non autrement. La lèpre dont il est atteint ne diffère à aucun titre de la lèpre des autres, et il est absolument arbitraire de la déclarer héréditaire par la seule considération que les générateurs étaient lépreux. Soustraits à la contamination familiale, isolés ou transportés hors des pays lépreux, les enfants de lépreux ne deviennent pas plus lépreux que ne deviennent tuberculeux, après la première année, les enfants de tuberculeux qui sont séparés le plus tôt possible des générateurs tuberculeux, et dûment mis à l'abri des causes de contamination tuberculeuse. — Cf. Ed. Boinet, La Lèpre à Hanoï-Tonkin (Revue de médecine, Paris, 1890, pp. 616—617); — Lewis and Cunningham (Almora Orphanage) in Report on Leprosy in India, Calcutta, 1877, p. 67, et Report of the Leprosy Commission in India, 1893, p. 227; et, pour la Tuberculose: Hutinel, Congrès pour la Tuberculose, Paris, 1891, p. 344; — Stich, Die Erblichkeit und Heilbarkeit der Tuberkulose (Deutsches Arch. f. klin. Med., 1887, Bd. 13, p. 219); — Bollinger, Ueber Entstehung und Heilbarkeit der Tuberkulose (Münchner med. Wochenschr., 1888, p. 503); — l'article Tuberculose de E.-C., Aviragnet, Traité des Maladies de l'Enfance de Grancher, etc., 1897.

A quelque point de vue que l'on se place, et dans quelque région que ce soit, dans le développement de la lèpre, l'hérédité n'est que la condition mineure; et ce que nos savants confrères d'Angleterre ont écrit pour l'Inde: „. that leprosy in India cannot be considered an hereditary disease; that the evidence which exists is hardly sufficient to establish an inherited specific predisposition to the disease“ est la réalité, non seulement pour l'Inde, mais pour tous les pays sans exception. — Cf. Report of the leprosy Commission in India, 1893, p. 406; — Adolf v. Bergmann, Die Lepra (Deutsche Chirurgie, 10. Bd., Stuttgart, 1897); — Ed. Boinet, Lieu cité, et Étude clinique de la Lèpre, basée sur quatre-vingts observations inédites (Journal des maladies cutanées et syphilitiques, décembre 1892).

Pour envisager clairement la question de la lèpre héréditaire, et pour supprimer toute ambiguïté à venir dans les mots ou dans les choses, il est nécessaire de distinguer trois termes: la lèpre congénitale ou précoce; la lèpre héréditaire à échéance reculée — lèpre ajournée, lèpre tardive; la lèpre rapportée aux ancêtres — lèpre ancestrale, atavique. Sur chacun de ces points de très courtes considérations préciseront les faits.

I. Lèpre héréditaire congénitale ou précoce. — Dans quelles proportions infiniment restreintes observe-t-on la lèpre congénitale ou précoce? Aucune statistique précise ne permet de le dire exactement. C'est d'une manière indirecte seulement que l'on peut en avoir une idée approximative, en dépouillant quelques documents empruntés à des pays tout à fait distincts. Ce n'est plus par groupes d'années, mais par années et, pour la première année, par jours, par semaines et par mois, sévèrement relevés, que les statistiques à venir devront compter.

Danielssen et Boeck, après avoir déclaré qu'il est rare de voir la lèpre apparaître avant la troisième et la cinquième année de vie, et sans ouvrir d'enquête sur l'état des nouveau-nés ou des enfants de lépreux, ajoutent seulement qu'ils sont „fondés à croire“ que la lèpre peut attaquer le foetus; ils connaissent de jeunes enfants lépreux que les parents leur ont déclaré être venus au monde avec des taches, mais il ne rapportent pas un seul cas où ils aient vu, de leurs yeux, un foetus ou un nouveau-né portant des stigmates lépreux. Et à propos de jeunes sujets atteints de lèpre anesthésique à l'âge de huit ans, ils ont „entendu dire“ par leurs parents que, chez ces enfants, il s'était formé, çà et là, des bulles aux extrémités, dans les premiers mois de la vie. Et quarante ans après la publication du livre de Danielssen et Boeck, le très regretté Leloir, dans son séjour en Norvège, n'avait pu trouver ni un foetus, ni un nouveau-né atteint de lèpre. Dans un aperçu sur la lèpre des provinces d'Alicante et de Valence, adressé au British medical Journal, en juillet 1887, W. M. Jelly écrivait qu'il avait, en vain, cherché un nouveau-né ou un enfant lépreux: „I have never seen, or been able to find an exanthematous leprous baby, or child. The youngest that I have seen was a lad aged 17 . . .“ Au II. Congrès international de dermatologie, tenu à Vienne en 1892, notre savant collègue Zeferino Falcao, de Portugal,

dans une importante communication sur la lèpre, ne relève, de 0 à 4 ans, que trois cas de lèpre sur 709 observations; et les commissaires du Rapport sur la lèpre dans l'Inde (1893, lieu cité, pp. 16 et 17), de 0 à 6 ans totalisent seulement 49 cas sur 2371 etc.

La rareté de la lèpre congénitale et de la lèpre précoce, de la lèpre des premiers jours, des premières semaines ou des premiers mois, indique, par le fait, ce que l'embryogénie pathologique générale annonçait, c'est-à-dire la rareté de la contamination lépreuse des cellules séminales, de l'ovule, du foetus. Et, d'autre part, les délais rapides dans lesquels s'affirme l'hérédolèpre positive apportent la preuve que l'hérédocontagion lépreuse reste dans les règles communes de l'hérédité contagieuse générale, tandis qu'il n'existe aucune raison positive d'admettre, pour l'hérédolèpre, pas plus que pour la lèpre acquise, une incubation — le mot étant pris dans son acception véritable que nous préciserons plus loin — tantôt brève, tantôt longue.

II. Lèpre héréditaire a échéance reculée, ajournée; hérédo-lèpre reculée, tardive. — Les premiers mois écoulés — la première année si l'on veut — les enfants de lépreux de tout âge, à l'égal des adolescents, des adultes et des vieillards, rentrent, au point de vue de l'origine de la lèpre qui peut leur survenir, dans la règle commune, et ne diffèrent plus en rien, dans l'étiologie de la maladie, des sujets qui ne sont pas issus de lépreux. S'ils ont été exposés comme les autres — et ils le sont plus que les autres dans la famille lépreuse — les enfants de lépreux contractent la maladie de la même manière que les autres.

Pour établir que l'échéance de l'hérédolèpre peut, à l'égal de celle de la lèpre acquise, ne se produire que longtemps après le moment où a eu lieu la contamination conceptionelle, il faudrait que l'on pût produire des exemples authentiques et assez réitérés pour être démonstratifs, d'enfants soustraits, aussitôt leur naissance, à tout contact avec la famille lépreuse, et élevés hors d'un pays lépreux. Or, parmi les faits proposés pour une démonstration de cet ordre, aucun ne réunit les conditions essentielles.

Prenons deux des exemples les plus récents dûs, l'un à Zambaco Pacha, l'autre à Zeferino Falcao, tous deux savants léprologues, dont nous estimons les travaux plus que tout autre, mais dont nous nous séparons sur ce point particulier:

Fait de Zambaco: „La femme E . . ., née de parents lépreux, s'est mariée au village Acatou, où la lèpre existe, à un homme sain, il y a de cela vingt-deux ans. Plus tard, elle devint lépreuse, et elle eut un fils lépreux. Le mari renvoie sa femme après avoir cohabité avec elle pendant plusieurs années; elle se réfugie dans le Miskinhané — léproserie sous la domination ottomane. Deux ans après, elle a des relations clandestines avec un habitant d'Arlandja, devient enceinte, quitte la léproserie, et accouche, en ville, d'une fille qu'elle abandonne aussitôt à la porte d'une église. L'enfant est recueillie et adoptée par une famille aisée qui ne compte aucun lépreux dans ses ramifications. Bien que la petite n'ait jamais fréquenté de lépreux, à l'âge de dix ans elle commence à présenter les premiers signes de la lèpre phy-

matode, qui se développe rapidement, et oblige ses parents d'adoption à la placer, à leur grand regret, à la léproserie, à l'âge de quatorze ans. Le père de cette lépreuse vit, et demeure sain. C'est après son admission à la léproserie que la fille, racontant son histoire d'enfant trouvée et les détails concernant son abandon, a ému la femme E . . ., qui avoua, alors, être sa mère, et l'avoir abandonnée pour cacher sa faute, et pour la placer en dehors de tout contact dangereux! La famille dans laquelle cette fille a été soignée sans aucune précaution, il y a plus de cinq ans, était en relations continuelles avec tous les habitants du village, personne ne devint lépreux.“ (Voyages chez les lépreux, in-8, 1891, Paris, G. Masson, éd., pp. 99, 100.)

Est-il vraiment nécessaire de faire remarquer que ce fait romanesque ne présente pas tous les caractères scientifiques nécessaires: — nul constat médical compétent avant la lèpre déclarée; — oubli de ce fait qué l'île de Chypre est une île lépreuse, et que le village privilégié est bien singulièrement à l'abri des lépreux ambulants, là où une lepreuse de léproserie, répudiée par son mari, et par conséquent lépreuse patente, évolue avec assez d'aisance pour aller et venir, devenir mère du fait d'un habitant d'Arlandja, accoucher incognito dans le village, „abandonner aussitôt son enfant à la porte d'une église“ (Voyages chez les lépreux, p. 99) ou „l'accrocher à la porte d'un richard de l'endroit“ (Les Lépreux ambulants de Constantinople, p. 331)? Peut-on oublier que, dans le village où ces faits se sont passés, la lèpre de l'enfant est restée assez longtemps méconnue — même des „confrères“ qui — „bien qu'exerçant sur une île où la lèpre est endémique, n'ont attaché aucune importance à l'éruption“ première (les Lépreux ambulants, p. 331), et que, à défaut même de lépreux résidents ou de lépreuses ambulantes, le seul fait d'appartenir à l'île de Chypre, peut avoir permis le concours de toutes les causes médiates de contagion propres aux pays lépreux, etc., etc.? et que rien ne démontre que „la petite n'ait jamais fréquenté de lépreux“.

Voici la seconde observation, due à notre savant collégue, le Dr. Zeferino Falcao, de Lisbonne (Actes du II. Congrès dermatologique tenu à Vienne en 1892, p. 37):

„Un individu, fils de lépreux, a été élevé d'abord à Paris, et ensuite en Allemagne, où il a fréquenté une école supérieure. De retour en Portugal, à l'âge de 32 ans, il était déjà lépreux. Il faut remarquer que son père est mort quand il avait 7 ans, et que sa mère, qui l'a accompagné, et vivait encore l'année dernière, ne souffre pas de la lèpre.“

On entrevoit aisément que l'auteur déduit de ce fait la conclusion que la lèpre observée chez son malade est une lèpre héréditaire, développé en pays non lépreux, une trentaine d'années après la naissance — Père lépreux, mère indemne. Tout d'abord, il ne sera pas inutile d'ajouter les détails suivants, que je dois à l'extrême libéralité de notre éminent confrère de Lisbonne, et qui sont transcrits de son régistre d'observations privées.

„X . . ., 32 ans, célibataire, né à Lisbonne, résidant à Berlin.

Il y a à peu près deux ans, des taches maculeuses se sont manifestées un peu partout, mais spécialement aux cuisses et aux fesses.

Le médecin qui le soigna a fait le diagnostic de herpes tonsurans maculosus. Les taches devinrent plus rouges avec le traitement, mais, passé quelques mois, elles pâlirent. A ce temps-là, la peau a pris une coloration plus foncée, et quand le malade marchait il avait une sensation obscure du sol. Il a cru à une maladie nerveuse, et il a pris des douches.

Les premiers tubercules se sont manifestés au lobule de l'oreille droite. A présent il y en a aux bras et aux jambes. Les régions supraciliaires et les oreilles sont envahies par des tubercules en nappe. Les poils sont à peu près conservés. Anesthésie en plaques.

Il est fils d'un lépreux qui l'était avant sa naissance et qui est mort de la lèpre quand le malade était âgé de 7 ans. Quelques mois après la mort de son mari, sa mère, à cause d'affaires, est sortie de Portugal. Elle a demeuré avec lui à Paris pendant trois années et ensuite elle a fixé sa résidence aux environs de Berlin, d'où il vient à présent. Il n'était pas retourné en Portugal après la mort de son père.“

Ainsi donc, un fils de père lépreux, mère indemne selon la règle, vit à côté de son père lépreux jusqu'à l'âge de 7 ans — époque de la mort du père; — il quitte le pays et vit à Paris, ou en Allemagne, jusqu'à l'âge de 30 ans, époque à laquelle, étant à Berlin, ville non lépreuse, on voit, chez lui, se développer les premiers (?) phénomènes de la lèpre. Tout d'abord, cela paraît concluant; mais, à l'analyse, il est aisé de constater que rien ne démontre que l'enfant, qui a vécu sept années auprès de son père lépreux, n'a pas été contaminé par lui, et n'a pas conservé l'agent pathogène latent comme cela est commun dans la lèpre. La littérature léprologique contient toute une série de faits semblables, avec cette seule différence que le facteur hérédité y fait absolument défaut: Un individu de pays non lépreux habite plusieurs années un pays lépreux, il revient au pays d'origine „sain“, et, après un nombre d'années plus ou moins considérable, est reconnu lépreux. Nous avons personnellement observé plusiers cas de cet ordre à Paris, parmi les lépreux voyageurs que nous y avons vus en grand nombre, depuis un quart de siècle; l'un, entre autres, présentant toutes les garanties possibles de nonhérédité, chez un homme parti pour négoce en pays lépreux, où il a séjourné douze années, est revenu sain en 1872, et n'a été reconnu lépreux qu'en 1882.

Pour la démonstration de l'hérédolèpre tardive — à longue échéance — il faudrait, ainsi que je n'ai cessé de le demander, des observations d'enfants soustraits au pays lépreux et à la famille lépreuse dès la naissance immédiate, et placés ensuite, authentiquement, dans des conditions de protection assez précises pour qu'il en puisse être déduit une conclusion valable. — Voyez, plus haut, Ed. Boinet (mémoires cités).

III. Hérédolèpre collatérale, ancestrale, atavique, ethnique. — Une première fois émanées d'ascendants contaminés, les dystrophies, les dégénérescences, peuvent être ultérieurement transmises à la descendance par des générateurs non contaminés; l'observation mé-

dicale et l'embryologie comparée l'établissent également. Mais que le bacille pathogène séjourne inerte dans l'organisme d'une ou de plusieurs générations pour être transmis conceptionnellement, par des générateurs non contaminés eux-mêmes, à un produit chez lequel la maladie spécifique éclatera plus ou moins tard, voilà ce que l'embryologie comparée, ni l'observation médicale, n'établissent pas. C'est avec la plus absolue raison que les commissaires de l'enquête indienne (au lieu cité, 1893, p. 211) ont pu dire pour la lèpre: „In the study of the inheritance of embryological deformities atavism may be of great importance, but if the term is employed to denote the sudden appearance of a constitutional disease after having skipped one or several generations, it is inapplicable. Atavism can have no place in the aetiology of leprosy."

Cependant, plusieurs léprologistes, et non des moins éminents, proclament, sans hésiter, l'hérédité lépreuse atavique, et, au premier rang, notre savant compatriote Zambaco-Pacha, dont voici les paroles textuelles:

„Nous avons vu la lèpre débuter chez des personnes de 55 et de 58 ans, lorsque leurs parents immédiats étaient indemnes, et qu'ils n'avaient jamais été en rapport avec les lépreux. Ces éléphantiasiques tardifs sont nés à Constantinople; mais leurs générateurs étaient originaires de localités lépreuses que leurs enfants lépreux n'avaient jamais visitées. N'est-ce pas là encore une preuve incontestable, flagrante d'hérédité ancestrale? Les ascendants de ces lépreux, habitant des localités lépreuses, ont dû compter parmi eux quelques lépreux. Il est impossible d'expliquer autrement l'apparition de la lèpre dans les pays où elle n'est pas endémique, et uniquement chez des individus dont les parents sont originaires de pays lépreux." (Les Lépreux ambulants de Constantinople, p. 316.)

Ces propositions sont des postulats purs: à aucun titre, on ne peut admettre que le pays ottoman, la banlieue et la ville de Constantinople ne constituent pas un pays lépreux. Et absolument rien ne peut établir que ces Constantinopolitains, qui deviennent lépreux après cinquante-cinq et cinquante-huit années de séjour — et que l'on suppose lépreux ataviques parce que leurs générateurs, non lépreux, sont originaires de pays à lèpre, et parce que „leurs ascendants ont du compter parmi eux quelques lépreux" — n'ont jamais eu de contact avec les lépreux de la ville, non plus qu'avec les hommes ou avec les choses du pays d'origine de leurs ascendants — pays lépreux — dans la ville où, plus que dans aucune autre au monde, les groupes individuels sont exclusifs, étroitement limités et unis par les conditions de nationalité, d'origine régionale, etc. Ces Constantinopolitains, au contraire, se trouvent placés dans des conditions favorables aux contacts médiats et immédiats sans sortir de la ville, où d'ailleurs circulent librement, et pénètrent partout — sans préjudice de ceux qui ne sont pas connus ou qui ignorent eux-mêmes leur maladie — plus de quatre cents lépreux qui y exercent tous les métiers, y compris celui de fabricant de cigarettes à la main, et où — comme partout où il y a beaucoup de lépreux — on peut être contaminé sans savoir quand, où, ni comment. Transportez à Berlin ou à Londres, à Paris ou à Vienne, ces mêmes descendants de sujets non lépreux originaires

de pays lépreux, ils n'y deviendront pas lépreux. Faites le dénombrement des très nombreux sujets, issus de parents non lépreux, originaires de pays lépreux — de tous les pays à lèpre sans exception y compris ceux de l'empire ottoman — qui ont immigré dans ces villes, ou qui y sont nés, et qui y résident effectivement sans être allés aux pays lépreux, vous n'en trouverez aucun qui devienne lépreux, en dépit de l'atavisme lépreux légendaire. Et cela par cette raison qu'ils ne trouvent, dans ces villes, ni les conditions sociologiques particulières à Constantinople, ni une semblable profusion de lépreux ambulants, ayant une égale liberté d'immixtion universelle, ni autour d'elles la même profusion de foyers lépreux d'où peuvent provenir des sources diverses, médiates ou immédiates, de contamination lépreuse.

Comme les autres, les cas de l'ordre de ceux que nous visons sont des cas de lèpre acquise, dont l'origine réelle doit être recherchée scientifiquement avec l'acuité et avec la persévérance nécessaires, et, quelquefois, est impossible à retrouver, ainsi que cela arrive pour toutes les maladies les plus contagieuses sans exception, la variole ou la syphilis, la peste ou la tuberculose.

Voyons encore, pour épuiser la matière, l'obs. XXXVIII des Lépreux ambulants: elle est relative à une dame âgée de 65 ans, native du gouvernement de Kieff (Russie), née de parents non lépreux, et qui, plus de quarante ans après son arrivée à Constantinople, où elle était venue à l'âge de 16 ans, est atteinte de lèpre ayant débuté par des lésions des fosses nasales.

Après avoir donné la relation extrêmement remarquable du fait, avec le talent d'observation qui place si haut sa personnalité clinique, notre éminent collègue termine par les réflexions que voici:

„Réflexions. — Nous devons faire remarquer tout d'abord que cette malade n'a pu contracter la lèpre à Constantinople où l'affection n'est pas endémique, puisque, ainsi que nous l'avons prouvé, elle ne sévit que sur une seule race, par hérédité ethnique, celle de nos Israélites d'Espagne, d'origine hébraïque pure, car nos Israélites sont les descendants des fugitifs de Jérusalem. M^{lle} . . . n'a jamais été en relations avec des lépreux dont elle nous affirme n'avoir jamais vu ni connu. Mais elle est originaire de Finlande où la lèpre existe toujours, Il est donc logique de voir dans ce cas encore un exemple d'hérédité ancestrale, d'atavisme pathologique, comme nous en avons déjà observé des exemples chez des personnes même nées à Constantinople, mais de parents originaires de localités lépreuses.“ (Les Lépreux ambulants, p. 275.)

Toutes ces propositions sont passibles des mêmes remarques que les précédentes: on ne saurait, ainsi que nous l'avons déjà dit, admettre qu'une ville où il y a 400 lépreux ambulants, même spaniotes, et qui est entourée de foyers lépreux, soit réputée non lépreuse, et que la lèpre n'y soit pas dite endémique. Et, dans ces conditions, non moins que dans les conditions des autres Constantinopolitains nés, nous ne croyons pas possible de déclarer qu'après quarante années et plus de séjour, personne soit en mesure d'affirmer que la malade en question n'a jamais eu de rapports avec des lépreux qui circulent et pénètrent partout. Qui pourrait affirmer qu'il n'existe pas, ou qu'on

ne trouvera pas, à Constantinople, d'autres faits de ce genre, comme il est si aisé de les concevoir pour une maladie comportant une aussi longue période latente, durant laquelle elle est non soupçonnée ou bien méconnue durant des années, comme cela était précisément arrivé pour la malade dont il s'agit?

Ailleurs, notre savant collègue s'étonne que nous fassions une différence entre Constantinople et Paris, au point de vue du degré de contagiosité effective de la lèpre:

„Le Dr. Besnier, dit-il (Les lépreux ambulants, p. 184), admet la non-contagiosité de la lèpre pour Paris; mais il la rejette pour Byzance. J'ignore le pourquoi de cette concession exclusivement en faveur de la Ville-Lumière."

Le voici: Nous avons vu quelques jeunes sujets devenir lépreux, à Paris, plusieurs mois après leur arrivée de pays lépreux; ils étaient issus de parents non lépreux, et avaient contracté la lèpre aux pays lépreux. Mais nous ne connaissons pas d'exemple — cela ne veut pas dire qu'il n'en existe pas — de transmissibilité de la lèpre effectuée à Paris, analogue à ceux qui ont été observés à Constantinople dans les cas rapportés par notre savant collègue à l'atavisme, et par nous à la contagion; cela, sans doute, en raison de la différence des conditions léprogènes qui existent dans cette capitale à un degré plus élevé qu'à Paris, et, aussi, à cause du voisinage et du nombre des foyers lépreux périphériques qui existent autour de Constantinople, et qui n'existent pas autour de Paris.

Et, d'autre part, parmi les très nombreux immigrants issus de parents non lépreux originaires de pays lépreux, que nous avons observés à Paris depuis plus d'un quart de siècle, nous n'avons jamais vu — ni nous ni aucun de nous — naître un cas de lèpre — d'où il résulte que l'atavisme lépreux qui s'exercerait largement à Constantinople, ne s'exerce jamais à Paris. — Voilà très simplement la différence que nous avons signalée en faveur de notre ville.

Il serait oiseux de prolonger cette argumentation. L'impossibilité absolue de prouver l'hérédité de la lèpre en dehors des limites où elle s'impose, et que nous avons indiquées, est un fait d'évidence. Et les conclusions qui découlent directes de l'analyse logique du sujet ont été si exactement formulées par les commissaires de l'enquête sur la lèpre des Indes, publiée en 1893 (lieu cité, p. 258), que nous les insérons ici textuellement à la place de celles que nous pourrions formuler nous-même.

„The Commissioners have thus come to the conclusion that there is no evidence that leprosy in India is transmitted through heredity from parent to child, their reasons being —

1. no authentic congenital case has ever been put on record, nor was one seen in this country;
2. true family histories of leprosy could be obtained in only 5 or 6 per cent. of the cases;
3. many instances occur of children being affected while their parents remain perfectly healthy;
4. the percentage of children, the result of leper marriages, who became lepers is to small to warrant the belief in the hereditary transmission of the disease;

5. the facts obtained from the Orphanage at the Almora Asylum disprove the existence of a specific hereditary predisposition;
6. only 5 or 6 per cent. of the children born after the manifestation of the disease in the parents become subsequently affected;
7. the histories of the brothers and sisters of leper patients with a true or false hereditary taint seem to show that little importance can be attached to inheritance as an agent in the perpetuation of the disease.

For the same reasons it may be assumed that the specific hereditary predisposition to leprosy is but slight and practically does not exist.

Lastly, it has been shown that taking all the information obtainable and even allowing the fullest influence to heredity, there appears to be no risk of an increase to the leper population of India, so far as the disease is dependent on heredity for its multiplication, and that marriages with, or intermarriages between, lepers cannot be regarded in the light of a danger to the community."

§ 2.

Lèpre acquise.

I. Contagiosité et contagion lépreuses. — II. Conditions de la contamination lépreuse: Sources. Voies de projection et de réception du bacille lépreux. Conditions individuelles et conditions extrinsèques. — III. Période latente et phase d'incubation. — Faits négatifs en général. — V. Objections relatives au résultat négatif des inoculations lépreuses faites sur les animaux et au résultat supposé négatif des inoculations faites sur l'homme. — VI. Objections relatives à la rareté des contaminations conjugales. — VII. Objections relatives à la rareté de la contaminations lépreuse des médecins, des personnes qui soignent les lépreux à un titre quelconque. Objections relatives à la rareté ou à l'absence de la contamination dans les léproseries, dans les hôpitaux généraux qui reçoivent des lépreux sans les isoler; dans les maisons de santé destinées aux lépreux, etc.

I. Contagiosité et contagion lépreuses. — Le danger du contact entre les lépreux et l'homme sain n'avait jamais été contesté aux pays lépreux avant le commencement de ce siècle, époque à laquelle l'abandon de la notion de spécificité des maladies, et la doctrine de la spontanéité morbide, mais surtout la contemplation des faits négatifs, ou semblant négatifs par insuffisance d'observation, vinrent ébranler la croyance à la contagiosité de la lèpre, et préparer les esprits à accepter les conclusions anticontagionnistes des auteurs scandinaves.

Mais, au moment même où cette conception nouvelle d'une lèpre non contagieuse, mais héréditaire, se propageait avec la rapidité propre aux grandes erreurs, on vit clairement, sous l'action du transport par les hommes, se produire, vers le milieu et dans la suite de ce siècle,

une série de foyers lépreux nouveaux, ou énergiquement renouvelés, dont le développement numérique et chronologique ne pouvait être expliqué par l'hérédité.

En constatant la création de foyers lépreux dans des régions jusque-là indemnes, ou leur régénération après l'arrivée d'immigrants lépreux; en voyant la lèpre croître ou décroître, selon qu'on abandonne ou qu'on reprend l'isolement; en étudiant de plus près et en interprétant plus sévèrement les faits rapportés à l'hérédité; après avoir, enfin, reconnu la nature bactérienne de la maladie, il était impossible de ne pas revenir à la notion traditionelle de la transmissibilité de la lèpre par le lépreux, et c'est, aujourd'hui, aux pays scandinaves mêmes que l'on trouve les partisans les plus convaincus de la contagiosité de la lèpre, et les plus ardents!

Maladie exclusivement humaine, la lèpre est attachée au lépreux; là où il vit, c'est le lépreux qui représente la condition primaire, et essentielle, du pays lépreux, du sol, du foyer lépreux. Dans tout pays paludéen, habité ou non, l'immigrant prend la malaria, jamais la lèpre là où il n'y a pas d'habitants, ou pas de lépreux. C'est avec les hommes que la maladie se déplace, ce sont leurs mouvements qui règlent sa marche: D'Asie en Egypte, et d'Egypte en Grèce, en Italie et dans le reste de l'Europe, d'Europe en Amérique, et d'Asie en Amérique, depuis les temps les plus reculés jusqu'à l'heure présente, on en suit les étapes, et on peut en tracer, sur le globe, la carte authentique.

Nul être humain n'est à l'abri de la lèpre; nulle race, nulle caste, n'en sont exemptes; aucun pays, aucune région n'y sont réfractaires, et à aucune époque elle n'a disparu complètement. Mais, fait capital, les conditions temporaires ou permanentes de l'individu, de la race, ou de la caste, du pays, de l'époque, de l'état social, de l'hygiène générale et particulière, interviennent, de la manière la plus considérable, dans les vicissitudes de la maladie, et les gouvernent.

Aussi longtemps que l'on ne saura pas immuniser l'organisme contre la germination de la bactérie lépreuse, ou multiplier, au point nécessaire, son pouvoir phagocytaire — comme on fait, par exemple, avec le mercure dans la syphilis — ce qu'il importera le plus de vulgariser c'est la notion droite de la transmissibilité de la lèpre; c'est elle qu'il faut expliquer, faire comprendre dans sa réalité aux individus et aux gouvernants; c'est elle qui forme la base essentielle de sa prophylaxie privée ou publique, sociale, régionale, ou individuelle.

Si l'on veut se représenter au point réel ce que peut être le mode contagieux de la lèpre, il ne faut pas songer à la contagion des maladies virulentes aiguës telles que la variole, dans laquelle les phénomènes sont bruyants et se succèdent avec rapidité, ni de la syphilis, qui a un accident primitif, une incubation relativement courte, et des signes secondaires à profusion. Il faut se reporter à la contagiosité occulte des maladies à longue portée, à période latente illimitée dans sa durée, et à évolution variable, telles que la tuberculose. Et encore, dans chacune de ces maladies, même les plus voisines, la contagiosité conserve toujours des caractères propres, souvent opposés ou, au moins, tout à fait distincts, liés directement aux conditions biochimiques des

germinations bactériennes, et au mode exclusif, et toujours spécifique, des réactions toxiniennes produites dans les tissus.

Que l'on compare les lésions du lupus aux altérations de la lèpre, et l'on aura une idée de la différence extraordinaire qui sépare la toxine tuberculeuse de la toxine lépreuse! A ceux qui ont, de ces choses, une notion précise, il ne sera pas difficile de comprendre pourquoi la spécialité du mode contagieux de la lèpre lui donne une apparence paradoxale, alors qu'elle est simplement particularisée par des conditions dont l'explication positive, actuellement entrevue, se complétera avant peu.

Ce n'est pas tout. Quelques observateurs, même parmi les plus éminents, limitant par arbitraire leur champ d'examen et de jugement à la région où ils observent, oubliant ou méconnaissant le mode spécial de la contagiosité lépreuse qu'ils veulent toujours, à tort, assimiler au mode contagieux d'autres maladies, rattachant, sans preuve et sans mesure, à l'hérédité illimitée des cas dont une enquête plus sévère établirait la nature transmise, et, frappés surtout par les cas très nombreux dans lesquels la transmission ne s'opère pas malgré le contact intime et prolongé avec le lépreux, nient purement et simplement la contagiosité de la maladie. En vain l'histoire de la lèpre établit-elle la transmissibilité épidémique ou individuelle; en vain voient-ils tous les jours les mêmes paradoxes de contagiosité se produire sous leurs yeux pour la tuberculose dont ils ne nient cependant pas la contagiosité, cela ne les empêche pas de particulariser la question à la lèpre, et de conclure, comme le ferait le laïque, sur la seule considération des faits négatifs.

A qui, encore une fois, vient-il l'idée de nier la contagion de la tuberculose parce qu'elle manque dans un très grand nombre de cas? Est-ce que nous ne manions pas tous les jours — au sens littéral du mot — la matière tuberculeuse sous toutes ses formes sans être contaminés? Est-ce que l'on ne voit pas incessamment, dans la tuberculose comme dans la lèpre, les contacts les plus sordides, les plus intimes, les plus prolongés se produire sans contamination des sains par les malades? Et sait-on toujours où et comment on prend la tuberculose? Au lieu de s'abîmer dans la méditation sur ces faits négatifs de la plus haute banalité, ne serait-il pas préférable de poursuivre ardemment la recherche des faits positifs, ceux-là utiles à connaître, et féconds à tous les titres?

En fait, à la manière de toutes les maladies transmissibles, la contagion lépreuse a un mode qui lui est propre, et qui la distingue ou la spécifie; elle peut s'exercer partout où se trouvent réunis un lépreux et un homme sain, et dans tous les cas où, par une voie quelconque, le bacille lépreux aura pris contact avec un homme sain. Mais elle ne s'exerce ni toujours, ni au même degré; elle est éventuelle et contingente, et il est vraiment extraordinaire que l'on soit obligé de le déclarer solennellement. Est-ce que la contagion de la rage et de la morve, de la tuberculose et de la peste, de la scarlatine et de la fièvre typhoïde, etc., etc., s'exerce partout et toujours d'une manière équivalente ou égale? et est-ce que toutes n'ont pas leurs affaissements et leurs paroxysmes, leurs inégalités et leurs défaillances?

D'une région à une autre, à des époques diverses, dans des groupes distincts, d'une famille à une autre, la variabilité de la contagiosité d'une même affection est extrême, non seulement pour la lèpre mais pour presque toutes le maladies. Et la réceptivité individuelle, familiale, pour certaines maladies faciles à observer telles que la fièvre typhoïde par exemple, ou la tuberculose n'est-elle pas connue dans ses extrêmes inégalités? „Il y a, aux portes de Paris, un groupe d'habitants — 91 familles, 511 personnes — une tribu réfractaire à la tuberculose; la graine en est cependant semée autour d'elle, germant sur le terrain ambiant, et respectant le sien Depuis quatorze ans, ces familles n'ont pas fourni un seul décès par tuberculose.“ (Dubousquet-Laborderie et Léon Duchesne, Contribution à l'étude de la pathogénie et de la prophylaxie de la tuberculose, Gazette des Hôpitaux, 1897, pp. 929 et 1002).

Parmi nos missionaires, nos religieuses hospitalières, nos négociants, etc., qui vont séjourner aux pays lépreux coloniaux, il nous en reviennent en France, en trop grand nombre, atteints de la lèpre. Et voilà qu'à Constantinople, Zambaco-Pacha, qui ne nie point ces faits, dont il a, lui-même, à Paris, constaté des exemples, déclare n'avoir jamais vu de Constantinopolitains ayant été en Crète, à l'île de Chypre, à Samos, à Chio, à Mételin, etc., en rapporter la lèpre? Où trouver une preuve plus palpable de la variabilité régionale du pouvoir léprogène, quelle que soit la nature qu'on lui assigne?

Envisagée dans le temps, et dans les différentes régions, à la manière de toutes les maladies populaires, la lèpre subit. dans sa virulence et dans sa multiplication, tantôt lentement, tantôt avec une rapidité relative, des affaissements ou des exacerbations extraordinaires; ou bien elle s'installe permanente, endémique. Quelquefois temporaires, les affaissements ont, d'autres fois, une durée et un degré tels que la maladie, devenue très rare, fruste, plus ou moins déformée et bénigne, cesse d'être reconnue, ne se manifestant plus que par des cas isolés, sporadiques, stériles, dont la genèse est souvent impossible à reconstituer. Ces affaissements, équivalents à une extinction, s'installent et persistent partout où ont été prises des mesures de protection et d'isolement, s'opposant aux infections en série dans la famille, la lignée ou la caste, en même temps que sont améliorées et généralisées les mesures d'hygiène publique et privée, et que le niveau moyen de la condition sociale se relève.

Dans les pays depuis longtemps constitués, à civilisation avancée ou complète, n'ayant plus ni castes ni races fermées, dans lesquels il y a une hygiène et une police médicales, les extinctions s'établissent régulièrement et avec rapidité. Le lépreux n'y forme plus que très exceptionellement foyer, et foyer limité; la maladie y reste stérile, ne s'étend pas en dehors des contacts immédiats; la contagiosité s'y efface au point de devenir nulle ou exceptionelle, et les mesures de simple police médicale suffiraient amplement à en arrêter l'expansion si, par impossible, celle-ci se manifestait.

Pour les foyers nouveaux, ou pour les exacerbations dans les foyers anciens, l'agent producteur est toujours un germe nouveau, d'importation étrangère le plus communément, de virulence exaltée,

exactement comme pour la variole, la peste, etc., et, régulièrement, son action est proportionelle aux conditions de réceptivité et de multiplication spéciales à la localité, à la région, aux individus qui l'ont reçu.

Ainsi se forment les épidémies de village, de pays, insulaires ou non observées au cours de ce siècle et dont les relations sont connues de chacun de nous. Ainsi se sont formées les grandes exacerbations des temps écoulés, par exemple celle qui s'est produite par toute la chrétienté au retour des croisés, au moment même où la lèpre s'éteignait dans l'Europe centrale; celles du siècle actuel, particulièrement celle des îles Sandwich, éclatant au moment où la lèpre y était devenue rare et presque inconnue; et, enfin, celles moins importantes, mais aussi manifestes, qui ont été aux mêmes époques relevées dans différents pays de l'Europe, où persiste une lèpre plus ou moins atténuée, sans parler des infections presque latentes de voisinage, semblables à celle de Mémel. — Cf. Ernest Besnier, La Lèpre est-elle contagieuse? etc. (Gazette hebd. de Méd. et de Chir., Paris, 1880, p. 114); — L. Brocq, La Lèpre doit-elle être considérée comme une affection contagieuse? (Annales de Dermat. et de Syph., 2. série, t. VI, 1885, pp. 650—666, 721—730); — Ernest Besnier, Sur la lèpre, nature, origines, transmissibilité, modes de propagation et de transmission, travail lu à l'Académie de Médecine dans la séance du 11. octobre 1887; — Grall, Contribution à l'étude de la contagiosité de la lèpre, apparition de cette maladie en Nouvelle-Calédonie (Archives générales de médecine navale, 1894, t. LXII), anal. p. Eichmüller (Thèse citée, Paris, 1896); Ed. Boinet (Travaux cités); etc.

La permanence, enfin, l'état endémique prolongé, existent dans les pays, les localités, les races ou les castes, dans lesquelles persistent, plus ou moins, diverses défectuosités, là où règne, dans des habitations insalubres, la promiscuité sordide et misérable, le contact humain trop étroit entre les individus sains et ceux qui sont malades.

En Norvège, par exemple, ce qui a perpétué la lèpre, c'est le fatalisme des paysans, leur promiscuité extraordinaire, à la faveur de laquelle, on le comprend aisément, une maladie, même si elle est de contagiosité faible, peut prendre une extension considérable. On n'a pas oublié quel ensemble de mesures énergiques il a fallu prendre pour détruire, chez eux, la gale acarienne qui y prenait les étranges et extraordinaires proportions que l'on sait. Ce sont les mêmes conditions de promiscuité misérable que l'on retrouve partout où existent les foyers permanents, aux Indes, en Chine, au Japon, etc. où beaucoup d'auteurs, en particulier le regretté Leloir, ont montré, jusqu'à la surabondance, la manière dont se forment les foyers lépreux dans tous les points où l'hygiène fait absolument défaut.

Ce sont toujours les mêmes conditions, si bien précisées par Ed. Boinet (travaux cités) pour les „paillottes" du Delta du Tonkin, et pour ses léproseries, correspondant aux Lèpre-Villages de la Chine méridionale. Ce sont les mêmes, que notre savant et très cher Secrétaire Général Edv. Ehlers, et son élève le Dr. Eichmüller (Ed. Ehlers, Bidrag t. Bedómm. a. d. Sped. Sygdoms Aarsagsforhold, in Hospitals Tidende, 1894, n° 42, Semaine médicale, Paris 1894, p. 525;

et Etiolog. Stud. ü. Lepra besond. in Island, Dermat. Zeitschr., 1896, t. III, p. 276, anal. p. A. Doyon, in Ann. de Dermat. et de Syph., nº 6, 1897, p. 681; et G. Eichmüller, Notes sur la Lèpre en Islande, Rech. sur l'étiologie, Thèse de Paris 1896), ont décrites d'une manière si pittoresque pour les huttes de terre dans lesquelles vivent, encore aujourd'hui, dans la plus étroite et la plus lamentable promiscuité, les épreux islandais.

Partout où des conditions analogues se produisent, des faits analogues se reproduisent, et on les constatera partout, quand, au lieu de s'abîmer dans la contemplation des faits négatifs, ou dans l'illusion des séries héréditaires, on rechercha la transmissibilité directe en poursuivant l'enquête à fond, avec patience et ténacité, et en toute indépendance d'esprit, comme le faisait déjà en 1886, Kaurin, de Molde, jusquelà hésitant sur la contagiosité de la lèpre. Dès cette époque, il écrivait (Tidskrift f. prakt. Med., nº 23, 1. décembre 1886, Trad. franç., p. A. Doyon, in Ann. de Dermat. et de Syph., 2. série, t VII, nº 2, p. 92, 1896): „Plus je m'occupe de la lèpre, plus je l'observe, plus aussi il m'apparaît évident que la maladie est transmissible d'un individu à un autre.“ Et il rapporte le fait d'un enfant dont les parents et les grands-parents étaient exempts de la lèpre, et qui avait quatre frères ou soeurs. Seul de ces enfants le jeune sujet était le favori d'un lépreux, frère du grand-père de l'enfant, et seul des frères et soeurs il couchait fréquemment dans sont lit. Seul il a été atteint de la lèpre, dont les premières marques ont paru sur la hanche. Y a-t-il vraiment à hésiter entre l'hérédité latérale qui serait attribuée à un aïeul, supposé de troisième génération, et la promiscuité d'un jeune enfant qui partage le lit d'un misérable lépreux couvert d'ulcères, lit formé de foin à moitié pourri, et ayant pour toute couverture des taies d'oreiller sordides et de vieux jupons, ou autres haillons, ne servant pas dans la journée.

N'est-ce pas exactement de même, aux pays non lépreux dans les rares circonstances où se produisent les mêmes contacts prolongés, d'un sujet sain avec un lépreux, comme dans le cas de Hawtrey Benson, qu'il faut rapporter à cause de sa précision, bien qu'il soit banal à force d'être cité:

En 1872, le Dr. Hawtrey Benson montra à la Societé de médecine de Dublin un Irlandais lépreux ayant contracté la maladie aux Indes, où il avait séjourné vingt-deux ans. Pendant un an et demi, le frère de cet homme, qui n'avait quitté l'Irlande que pour un voyage en Angleterre quarante-six ans auparavant, coucha dans le même lit et porta ses vêtements; il devint lépreux et fut présenté à la même société de médecine. Il n'y avait pas de lépreux dans la famille.

En résumé, dans toutes les maladies transmissibles, la contagion est un phénomène univoque dans son premier élément — la prise de contact entre l'agent pathogène specifique vivant, émané du malade, avec l'organisme du sujet sain; mais, tout ce qui est postérieur à cette prise de contact se particularise typiquement; et chaque maladie transmissible a son mode contagieux propre. C'est la méconnaissance de cette notion élémentaire d'épidémiologie, et de nosologie générale de la contagiosité, qui a fait mettre en doute la contagiosité de la lèpre,

parce que son mode particulier est, comme celui de la tuberculose si longtemps méconnu, éventuel et contingent, et parce que le temps plus ou moins long et variable qui peut s'écouler entre la contamination et la maladie constituée, ou reconnue, déplace le point et désoriente les observateurs. Il faut se résoudre à accorder à la lèpre son type particulier, se résigner à l'envisager tel qu'il est, non pas seulement d'après un cercle d'observation limité, mais d'après l'observation universelle; enfin, pour l'interprétation des faits qui lui sont propres, renoncer à se servir du thème antique de la contagiosité uniforme, univoque et banale.

II. Conditions de la contamination lépreuse. Sources. Voies de projection et de réception du bacille lépreux. Conditions extrinsèques. — Les conditions de la contamination lépreuse sont multiples et, par cela même, souvent difficiles à réaliser en ensemble opportun: elles comprennent d'abord, médiate ou inmédiate, c'est-à-dire directement par le lépreux, ou indirectement par tout ce qui a pu être souillé par lui, la prise de contact du bacille de Hansen avec l'homme sain, dans un état morphologique peut-être variable, et communément dans des conditions de virulence actuelle assez atténuée pour ne pas déterminer régulièrement d'altération locale appréciable ou appréciée, ou pour demeurer inerte au point d'attaque, ou ailleurs, pendant un temps illimité. En second lieu se place la pénétration de l'agent pathogène en tissu opportun, pénétration facile sur les surfaces muqueuses, possible sur la peau par tous les orifices sébacés, pilaires, sudoripares, et à la faveur des traumas de toute espèce les plus inaperçus, et de tous les états pathologiques qui ouvrent le réseau.

Pour source essentielle, la transmission lépreuse a le contact avec le lépreux renouvelé ou prolongé, avec ses excrétions pathologiques, avec tout ce qu'elles ont pu souiller, le sol, les vêtements, la literie, les linges de corps et de pansement, le mobilier, l'habitation, ses murailles et ses poussières.

Les voies de production bacillaire, de projection ou de réception principales du bacille de Hansen sont les surfaces muqueuses — au premier rang les cavités narinaires et nasales — les surfaces oculo-conjonctivales, la cavité buccale et le pharyngo-larynx, l'appareil génital, la surface cutanée, peut-être les voies digestives.

Que l'on fasse, à nouveau, scientifiquement et à l'aide des méthodes essentielles de la bactérioclinique, l'examen de toutes les régions que nous venons d'indiquer chez tous les suspects de contact lépreux, et il ne faudra pas plus d'une année pour refondre entièrement l'histoire de l'évolution lépreuse. Voyez, par exemple, le très remarquable travail publié il y a peu de mois (Bulletins de la Société medicale des Hôpitaux de Paris, séance du 23 juillet 1897, pp. 1048 à 1057) dans lequel nos savants compatriotes E. Jeanselme et Laurens ont donné les details les plus circonstanciés, et les plus utiles, sur les localisations de la lèpre dans les cavités nasales, la gorge et le larynx.

Ils ont montré la précocité de la rhinite lépreuse, avec enchifrènement, croûtes et épistaxis, aussi inappréciée des médecins que des

patients, et permettant de préjuger que, souvent au moins, le chancre lépreux — c'est-à-dire la première manifestation de l'infection lépreuse — existe dissimulé dans les anfractuosités des fosses nasales, où il faudra, de règle absolue, à présent aller à sa recherche. Même quand la lèpre a débuté ailleurs, ou autrement, on voit régulièrement reparaître le coryza lépreux, avec ou sans tubercules lépreux de la muqueuse nasale; de même que l'examen rhinoscopique y peut encore faire découvrir des tubercules latents, alors même que les léprides cutanées ont terminé leur cycle.

Sur dix lépreux examinés au point de vue des lésions nasales internes, E. Jeanselme et Laurens ont réussi à déceler le bacille de Hansen, dès le premier examen, six fois; — un de ces lépreux était atteint d'une forme maculo-anesthésique. Les bacilles trouvés dans le muco-pus de la rhinite lépreuse, ou dans le sang des épistaxis, sont intra- ou extra-cellulaires, et agglutinés en grand nombre, circonstance qui permet extemporanément, et sans confusion possible, de les distinguer du bacille de Koch. Faut-il ajouter que la toxine lépreuse, dans les fosses nasales comme ailleurs, manifeste sa présence par l'anesthésie, avec ou sans lésion appréciable de la muqueuse?

Au point de vue de la réceptivité et de la contagiosité de la lèpre, la notion la plus importante qui découle des recherches de E. Jeanselme et Laurens: „c'est que le mucus nasal des lépreux est d'une très grande virulence, et que, sans aller au delà des inductions permises, on peut affirmer que la rhinite est une des sources les plus efficaces de la propagation de la lèpre. La contamination s'effectue d'autant plus aisément que le lépreux déverse déjà au dehors un grand nombre de bacilles, alors qu'il ne soupçonne pas la nature de sa maladie, et que les personnes de son entourage ne songent pas à se prémunir contre la contagion."

On en peut dire de même des lésions, en apparence banales, mais en réalité lépromateuses, qui existent chez les lépreux, dans la cavité buccopharyngienne, sur l'épiglotte, ou de lésions diverses plus ou moins longtemps indolentes, mais donnant lieu à une projection continue de bacilles-contages, qu'elles soient la première localisation de la maladie, ou qu'elles fassent partie intégrante de son complexus défini.

De rigueur donc, toute observation nouvelle de lèpre ou de lépreux à toutes les périodes, toute enquête nouvelle sur l'atmosphère lépreuse, c'est-à-dire sur les sujets qui vivent en pays lépreux, en foyer lépreux, autour des lépreux, doit comprendre, sans préjudice de tous les autres, mais au premier rang, l'examen bactérioclinique rigoureux et authentique des cavités nasales, buccopharyngée, laryngée. La richesse des résultats obtenus sera un ample dédommagement au labeur nouveau qui est demandé; mais nous ne cesserons de le redire à satiété, il ne s'agit plus, à présent, de renseignements plus ou moins vagues à recueillir sur place, ou péripatétiquement, mais d'une enquête rigoureuse, établie avec toutes les garanties d'authenticité et de compétence.

Ce que nous venons de dire pour les surfaces narinaires et buccopharyngées s'applique à la totalité des surfaces du corps, aux excréta normaux ou pathologiques des sujets lépreux ou suspects; il nous suffit

d'en donner ici l'indication générale et sommaire pour préciser les termes dans lesquels nous posons la question.

En troisième lieu, viennent se ranger les conditions de ce que l'on appelait autrefois le „consentement de l'organisme", matérialisées par l'état protoplasmique constitutionnel, héréditaire ou non, l'état biochimique actuel, le pouvoir phagocytique variable avec l'état général, l'âge du sujet, et toute une série de conditions accidentelles ou propres. Enfin, des conditions multiples de région, de climat, de race et de caste, d'alimentation, de niveau vital, d'état social, d'hygiène publique et privée, ont une importance considérable dans la réception du contage et dans son évolution ultérieure, et au point de vue des indications de la prophylaxie publique et privée de la lèpre.

Avant la découverte de Hansen, l'idée de considérer la lèpre comme provenant des choses extérieures était très naturelle, en tenant compte surtout de ce que, dans tous les temps, la maladie s'est développée de préférence chez les sujets ou chez les peuples soumis à des conditions matérielles défectueuses. Aussi n'est-il pas un des éléments de la matière de l'hygiène, et particulièrement de ceux qui ont trait à la bromatologie, qui n'ait été successivement incriminé: mais, après des accusations sans nombre, force a été de réhabiliter successivement chacun d'eux, ou de n'y voir que de simples adjuvants pathogéniques. On n'a pas pu, en effet, méconnaître que des groupes nombreux ou considérables de lépreux n'avaient jamais été soumis à aucune de ces conditions supposées capables d'engendrer la lèpre, tandis que des populations entiéres, qui y étaient en proie, n'avaient jamais eu la lèpre. C'est là une chose jugée.

Mais, après la découverte de Hansen, la question change de face: On a pu se demander si le bacille de la lèpre n'avait pas une origine extra-humaine, et si, tout en pouvant, ou non, contracter la lèpre du lépreux, on ne découvrirait pas le bacille primitif dans les aliments, les eaux, le sol, sur les insectes hominicoles, etc. Il ne s'agit plus de savoir si les individus qui deviennent lépreux ont bu de l'eau croupie, s'ils mangent des poissons gâtés ou salés, des viandes impures ou altérées, s'ils consomment des céréales ou d'autres végétaux avariés, mais bien si cette eau, ces aliments divers, voir l'atmosphère et le sol lépreux, contiennent normalement le bacille spécifique.

Presque constamment et partout, ces recherches sont restées négatives, et si l'on a trouvé dans le sol quelques échantillons bacillifères, cela a été seulement dans le chemin des lépreux. Comme il y a dix ans, toutefois, nous demandons que les recherches à cet égard soient étendues et appliquées aux objets divers à l'usage des lépreux et maniés par eux, car, même en admettant que le bacille ne vive et ne se multiplie, comme nous le professons, que sur le terrain humain vivant, il pourrait être véhiculé par les objets à usage commun, les vêtements, le linge de corps, de literie, etc., les parasites animés, etc.

En effet il ne s'agit pas, qu'on veuille bien le remarquer, de contester que les poissons en général, le poisson gâté, ou les salaisons excessives ou mauvaises les plus diverses, n'entrent pas pour une part aussi importante que l'on voudra dans la série des conditions adju-

vantes de la germination lépreuse dans les tissus des individus qui les consomment. Il s'agit de constater simplement que, morts ou vivants, salés comme on le voudra, ces poissons ne contiennent pas le bacille lépreux et que, par conséquent, ils ne peuvent pas, dans notre manière d'envisager la genèse et la propagation de la lèpre, être considérés comme des éléments étiologiques absolus. Quant aux insectes hominivores qui pourraient, dans quelques circonstances spéciales, colporter et insérer dans les tissus humains le bacille lépreux, comme cela arrive pour d'autres éléments de même ordre, le fait recherché n'a pas pu être constaté, et l'eût-il été, qu'il ne serait encore qu'éventuel, non général, et tout à fait accessoire.

En résumé, tout lépreux qui présente une lésion lépreuse tégumentaire ouverte, et en activité virulente, un champ de culture bactérienne sur une muqueuse en état catarrhal, une effraction pathologique quelconque ou une plaie cruentée, représente un foyer de contagion; et tout individu sain qui prendra contact renouvelé et sourtout prolongé avec le lépreux latent ou dénoncé, peut être contaminé par l'une ou par l'autre de ces sources. Il peut encore être contaminé médiatement par les excrétions pathologiques du lépreux et tout ce qu'elles ont pu souiller, le sol, les vêtements, les objets divers à usage, les linges de corps, de literie, de pansements, le mobilier, l'habitation, ses murailles, et peut-être ses poussières, sans que l'on puisse encore savoir si le bacille de Hansen y peut subsister vivant à la manière du bacille de Koch.

Les voies majeures de réception sont les surfaces muqueuses de rapport et, au premier rang, les surfaces muqueuses des cavités nasales, les orifices folliculaires de tout ordre du tégument externe, et tous les points où existe une solution de continuité, appréciée ou non, sans qu'il y ait régulièrement de lésion lépreuse initiale au point de contamination.

Les conditions d'évolution ultérieure, incomplètement connues, sont nombreuses; pénétration en lieu opportun de la bactérie vivante, état protoplasmique et biochimique immunisant, ou favorable, degré d'activité du microphagocyte ou des mégalophagocytes, etc., représentant les éléments matérialisés de ce que l'on appelait autrefois le consentement de l'organisme et de ce qu'on appelle encore la prédisposition.

Enfin, des conditions diverses de région, de climat, de race et de caste, d'alimentation, d'état social, d'hygiène publique et privée, ont une importance de la plus grande valeur à préciser au point de vue des indications de la prophylaxie publique ou privée.

III. Période latente et phase d'incubation. — La durée du temps pendant lequel la bactérie lépreuse incluse peut rester inerte dans l'organisme avant d'y trouver soit l'habitat, soit les conditions biochimiques nécessaires à sa mise en fonction, varie dans les plus extrêmes limites, et peut être fort longue. Cette période d'inactivité du germe lépreux constitue un hivernage, une phase de latence, analogue à celle des graines qui conservent plus ou moins longtemps — pendant des années — la vie torpide, jusqu'au moment où les conditions chimiques nécessaires à la mise en acte de leur pouvoir

germinatif — oxygène, lumière, hydratation — se réalisent; mais elle est confondue à tort avec l'incubation proprement dite, et cette confusion n'a jamais cessé d'obscurcir les bases essentielles de la notion droite de l'évolution lépreuse. L'incubation proprement dite, vraie, comprend le temps qui s'écoule entre le moment où la bactérie lépreuse, arrivée en lieu opportun, trouve l'élément biochimique nécessaire à sa multiplication et sa mise en état de virulence, et le moment où apparaît la manifestation lépreuse première. Sa durée peut varier selon le lieu anatomotopographique de réception et d'arrêt, et les conditions vitales des tissus envahis, mais elle ne dépasse pas nécessairement une moyenne de quelques mois. La constatation de la lèpre infantile des premiers jours, des premières semaines, ou des premiers mois de la vie, ainsi que les cas de lèpre suivant à brève échéance l'arrivée au pays lépreux, ou le fait d'un traumatisme contaminant, mettent à néant la légende d'une incubation sans limites.

Une autre cause d'exagération dans la durée du temps accordé soit à la période latente, soit à l'incubation, réunies dans un terme unique, réside dans le peu de sévérité avec lequel on relève l'époque initiale de la maladie réalisée. Avant l'époque marquée ordinairement pour le début, il peut y avoir une période ignorée très longue, dans laquelle a évolué quelque conjonctivite ou quelque rhinite, une pharyngo-épiglottite, etc., etc., localisations qui ont été communément considérées comme banales, oubliées ou non notées par le patient aussi bien que par le médecin. Dans toute observation à venir, cette anamnèse devra être poursuivie avec la rigueur nécessaire. Les premières recherches nouvelles à instituer autour des lépreux, dans les maisons, les familles, les agglomérations lépreuses de tout ordre, doivent viser tous les sujets même les plus indemnes en apparence, pour rechercher s'ils ne présentent pas le bacille de Hansen, commensal des cavités muqueuses, ou déjà en conflit avec leur revêtement; si le mucus nasal, le sang des épistaxis, etc., n'en sont pas chargés; si, enfin, il n'y a en aucun point du corps de lésion infectieuse réalisée, anesthésie, dyschromie, érythématose, etc., lésions dont plusieurs — dans leurs formes directes — comportent la présence préalable, ou actuelle, du bacille de Hansen.

Quand ces recherches auront été poursuivies, on arrivera promptement à reporter bien en deçà de ce qui a été dit les premiers débuts vrais de la maladie lépreuse, et à reconnaître que la lèpre peut évoluer, et évolue souvent, dans des délais infiniment plus courts que les délais traditionnels. Mais, jusqu'à présent, aucune donnée certaine ne permet de fixer, pour l'incubation véritable, une durée plus considérable que celle de quelques mois, démontrée positivement par les cas de lèpre développés peu après l'arrivée au pays lépreux, et par les cas, si rares qu'ils soient, de lèpre congénitale, ou de lèpre infantile précoce, c'est-à-dire dénoncée avant la fin de la première année de la vie. Rien ne permet de fixer la durée de l'incubation à une moyenne de trois à cinq années, comme le propose en dernier lieu v. Bergmann (lieu cité) d'après le fait de la rareté de la lèpre chez l'enfant avant la période de trois à cinq ans; et rien ne prouve que si la lèpre ne se voit pas plus tôt chez l'enfant, c'est à cause de la

durée nécessaire d'une incubation multi-annuelle, et non en raison des conditions nutritives propres des tissus pendant les premières années de la vie, sinon par quelques autres des causes d'immunité temporaires que nous avons indiquées.

Dans le même ordre d'idées, on ne peut accepter que les sujets émigrés des pays lépreux depuis des dizaines d'années, qui deviennent lépreux en pays non lépreux, ont présenté une incubation réelle de semblable longueur; ce délai ne peut avoir son origine que dans une durée illimitée de la conservation du bacille à l'état inerte dans un point neutre de l'organisme, sinon dans les choses extérieures. Combien de temps un bacille de Hansen peut-il subsister, inerte, dans ces conditions? Nul ne le sait.

Si l'on veut, par la suite, apporter quelque lumière dans cette série obscure, il sera nécessaire, en même temps que sera faite l'enquête technique, d'apporter dans les mots la précision que l'on mettra dans les choses, et de ne pas désigner par le terme unique et univoque d'incubation à la fois la période d'inertie, d'hivernage d'une bactérie, et sa période de floraison, de germination, d'activité virulente, et d'action infectieuse.

Cette période de silence, qu'on désigne généralement sous le nom d'incubation, correspond non pas à une germination ralentie de l'agent pathogène, comme on semble le croire, mais à un sommeil réel du germe. L'incubation véritable ne commence que quand l'élément séminal a trouvé le terrain et les conditions physiques et chimiques de culture qui lui sont nécessaires, elle évolue dans une mesure de temps sensiblement égale; les exceptions ne sont qu'apparentes, et les variations portent seulement sur la durée de la période latente. Ce que je dis s'applique à toutes les maladies à incubation dite variable et incertaine, telles que la rage, la fièvre typhoïde, la lèpre, etc., dont le germe introduit peut être détruit dans l'organisme, ne jamais éclore, ou y subir un stage plus ou moins prolongé, véritable microbisme latent selon les termes de Verneuil, et n'entrer en germination qu'au bout d'un temps qui, pour la rage, peut aller jusqu'à une année et peut-être même davantage. Quand une graine, quelle qu'elle soit, a été semée dans un terrain apte à sa germination, elle germe dans un espace de temps déterminé: la variole, la syphilis, la vaccine, etc., etc., sont des exemples de l'application de ce principe. La lèpre, maladie bactérienne par excellence, ne saurait faire exception à cette règle; ce qui lui est particulier, c'est la difficulté manifeste que rencontre le germe à trouver son terrain de culture, et la propriété qu'il possède d'hiverner indéfiniment.

Mais, si cette période latente varie dans des proportions illimitées, il n'en saurait être de même de l'incubation proprement dite, véritable, laquelle peut subir quelques variantes, apparentes ou réelles, d'après la série entière des conditions individuelles, ou extrinsèques, de tout ordre, mais ne peut aberrer dans la mesure où on l'admet généralement. Tout cela est à refaire à nouveau, dans les conditions de précision que nous avons esquissées tout à l'heure à l'occasion des localisations lépreuses précoces méconnues, ou ignorées.

IV. Faits négatifs en général. — Qu'elles soient lentes comme la lèpre, ou rapides comme la peste ou la variole, les maladies populaires sont, toutes, alternativement stériles et fécondes, soit dans un même lieu, soit en des régions diverses. Pour celles qui sont aiguës, foudroyantes dans leurs paroxysmes, la reconstitution de la série contaminatoire est le plus souvent exécutable, aussi bien au général qu'au particulier, les importateurs ou les contaminateurs étant, d'ordinaire, vivants ou présents au moment où la maladie transmise éclate, ou est constatée.

Mais, pour les cas particuliers de lèpre, ou pour les épidémies lépreuses qui gravitent silencieusement, et d'une manière obscure, en des délais qui se comptent par années, la recherche de la source de contamination, non moins que la reconstitution généalogique d'une épidémie, représentent un problème bien autrement complexe; et pour en reconnaître et pour en juger les éléments, il faut, — n'est-il pas vraiment superflu de le faire remarquer? — changer le point toutes les fois où cela est nécessaire, et le régler.

Faut-il, enfin, rappeler encore une fois que, dans les diverses maladies transmissibles, loin d'être unique et univoque, le mode contagieux varie, au contraire, dans les limites les plus étendues, lesquelles dépassent, de fort loin, le cercle étroit du type classique de la maladie clairement et inévitablement contagieuse, comme la syphilis ou la variole. Il y a toute une série de maladies très diverses, la fièvre typhoïde, la tuberculose, l'érysipèle, etc., dont la contagiosité, aujourd'hui certaine, est restée longtemps ignorée ou contestée, et l'est encore souvent, par cela seulement quelle ne rentre pas dans le schème rudimentaire de la contagion classique. En réalité, la lèpre, comme la tuberculose, est, ou n'est pas contagieuse selon certaines conditions dont quelques-unes, non toutes, sont connues; dans les deux maladies la contagiosité est parfois déplorablement active, tandis que d'autres fois elle reste énigmatique, douteuse, ou nulle. Cela n'empêche pas de reconnaître que la tuberculose est, ou peut être contagieuse. De même en doit-il être pour la lèpre.

En principe strict, les faits négatifs pourraient être purement et simplement déclinés pour deux raisons: la première, parce qu'une maladie peut être certainement contagieuse comme la tuberculose sans l'être inévitablement, ni même dans la majorité des cas; la seconde parce que, quel que soit leur nombre, les faits négatifs ne peuvent servir à infirmer les faits positifs qui établissent la transmissibilité de la maladie.

Supposez, un instant, que l'on ne puisse pas plus pour la tuberculose que pour la lèpre faire la preuve expérimentale de la transmissibilité, la question serait exactement la même pour les deux maladies, et il serait aussi facile de colliger et de proclamer les faits négatifs de transmission tuberculeuse que de contagiosité lépreuse.

Si les partisans de la doctrine non contagionniste cherchent à établir que les faits positifs contenus dans la littérature léprologique, — faits individuels, grandes et petites épidémies, — sont inexacts et nuls, ils sont dans le droit et dans la normale. Mais si leur négation

générale de la contagiosité de la lèpre ne se base que sur des faits négatifs observés dans quelque proportion que ce soit; s'ils veulent limiter leur conviction à ce qu'ils ont observé dans le lieu déterminé de leur observation, et non dans le champ entier de la maladie lépreuse, ils ne sont plus dans le droit, ni dans la normale.

Cette déclaration pourrait suffire à clore le débat sur le terrain des faits négatifs; mais, pour montrer surabondamment à quel point, en principe et en fait, les contestations basées sur les faits négatifs sont fragiles, et pour établir, une fois de plus, qu'elles relèvent toutes de la méconnaissance des conditions de nosologie générale que nous avons exposées, force nous est d'en reprendre la discussion sommaire, article par article; et il nous suffira, pour rétablir les principes, de l'examen d'un petit nombre de catégories de faits.

V. Objections relatives au résultat négatif des inoculations lépreuses faites sur les animaux, et au résultat supposé négatif des inoculations faites sur l'homme. — On n'a jamais pu inoculer la lèpre aux animaux; mais comme on n'a pas davantage pu inoculer aux animaux la plus contagieuse de toutes les maladies indélébiles, la syphilis, il n'y a pas lieu de discuter la valeur de ces résultats négatifs, et la conclusion en nosologie générale est qu'une maladie peut être au plus haut degré contagieuse dans l'espèce humaine, et n'être transmissible, par inoculation, à aucune autre espèce animale. De ce chef s'établit une différence très remarquable entre l'espèce humaine et les autres espèces animales: l'homme offre un terrain de culture favorable au développement de presque tous les agents pathogènes les plus divers d'origine et de nature. Mais il n'en est pas de même de l'animal, lequel est réfractaire à toute une série de virus humains, qui peuvent être, pour lui, septiques ou toxiques, mais non virulents. Si la lèpre et la syphilis étaient inoculables ou transmissibles aux animaux, il y a de nombreux siècles que cette transmission aurait été effectuée, ou mieux se serait effectuée. On n'inocule aux animaux que les maladies qui leur appartiennent, la tuberculose, par exemple, qui est à eux de toute éternité; et, pour ma part, je considère toutes les tentatives d'inoculation de la syphilis ou de la lèpre aux animaux comme frappées, d'avance, de nullité.

La possibilité d'inoculer la lèpre à l'homme est contestée, mais elle est incontestable en principe et en fait; mais alors même que les faits qui l'établissent seraient déclinés, on n'en pourrait pas conclure à la non-contagiosité de la maladie, au moins pour deux raisons. En premier lieu, à titre nosologique général, plusieurs affections certainement contagieuses, extrêmement contagieuses, ne sont pas inoculables, la diphthérie, le choléra, la scarlatine, la fièvre typhoïde, etc., et la non-inoculabilité ou mieux l'inoculation faite sans succès n'a jamais entraîné, par le fait en lui-même, la démonstration de la non-contagiosité d'une maladie. En second lieu, on ne doit pas oublier que l'insuccès d'une inoculation dépend souvent de l'ignorance où l'on est des conditions expérimentales attachées au mode spécial de contagiosité propre à l'affection. Pour la tuberculose, par exemple, nous affirmions depuis longtemps, en nous basant sur la clinique, la nature tuber-

culeuse de toutes les variétés de lupus vrai, alors que les expérimentateurs qui opéraient autour de nous soutenaient la négative en se basant sur l'insuccès de leurs inoculations aux animaux; ils ont appris à faire les inoculations, et ils ont cessé de nier. Nous avons la conviction qu'il en est ainsi pour la lèpre, de l'homme à l'homme, et que si les expérimentations sur l'homme étaient licites, la démonstration absolue ne serait pas longue à venir. On pourrait même dire qu'elle est venue, non pas seulement du fait célèbre d'Arning, mais plutôt encore des inoculations accidentelles, soit par les blessures proprement dites faites avec des instruments contaminés, soit par les effractions épidermodermiques de tout ordre qui ouvrent le réseau, et dans les foyers lépreux, par les mille lésions des surfaces muqueuses de rapport et de revêtement cutané particulières aux misérables en état sordide permanent.

Mes collègues en léprologie connaissent, comme moi, les faits nombreux de cet ordre qui existent dans la littérature spédalsque, et s'ils ne les considèrent pas comme démonstratifs je n'ai pas l'espoir de modifier une conviction qu'ils ont, sans doute, basée sur un examen approfondi. Mais à nos confrères qui exercent dans les pays lépreux, s'impose, à présent, un devoir impérieux, c'est de relever avec le plus grand soin les faits nouveaux dans lesquels l'inoculation accidentelle aura été opérée à un titre quelconque, et par les instruments vulnérants les plus divers; de les décrire avec tous les détails nécessaires, non pas en quelques mots comme un fait divers ou un on-dit, mais avec le soin, l'exactitude, la sévérité que ces choses comportent. Que l'on prenne la peine d'étudier tous les faits de lèpre avec le soin, l'attention, la précision, la sagacité avec lesquels notre savant collègue Celso Péllizari (Un caso non commune di Lepra, in Settimana medica dello Sperimentale, 1897, No. 24) a observé, analysé, et interprété ce fait de première importance, et la question sera vite placée au point où elle doit l'être.

Là est le moyen le moins imparfait que l'avenir possède d'étudier, à nouveau, la question des inoculations lépreuses de tout ordre sur les muqueuses et sur le tégument externe. Là est le seul moyen pratique, et le seul moyen licite. Quant à l'inoculation expérimentale de la lèpre d'homme à homme, elle est absolument illicite en dehors des cas où le médecin l'exécute sur lui-même, ou encore dans les conditions où s'est trouvé placé exceptionnellement notre savant collègue Arning, en présence du condamné Keanu. Et fût-elle renouvelée plus tard dans l'une ou dans l'autre de ces conditions, jamais l'expérimentation sur l'homme ne pourra être assez multipliée, ni assez complète, pour réunir tous les éléments d'une démonstration scientifique à l'égard d'une maladie aussi extraordinaire que la lèpre.

Aucun éclaircissement, non plus, à attendre dans l'avenir d'une étude plus précise de la question de la lèpre vaccinale dont l'intérêt est tout rétrospectif, soit à l'égard des transmissions individuelles, soit à l'égard de la propagation de la maladie à des populations jusque-là indemnes. En égard à la prophylaxie de la lèpre, la question vaccinale est fermée: s'il est un pays dans lequel la vaccination animale soit de rigueur absolue, c'est le pays lépreux, et, s'il le fallait,

la Conférence avertirait, sur ce point, les administrateurs d'États, et les gouvernements.

VI. Objections relatives a la rareté des contaminations conjugales. — Si l'on met à part, pour les raisons que nous allons indiquer tout à l'heure, les faits d'immunité de la femme de lépreux qui a eu une ou plusieurs conceptions, il est aisé de reconnaître que la contamination existe entre les conjoints comme entre les autres. (V. Leloir, Traité de la Lèpre, p. 202—203; Vidal, Acad. de méd., 1885; Ed. Boinet, travaux cités), etc., etc. Et la démonstration se complétera quand on recueillera des documents portant sur un nombre d'années suffisant, en se rappelant les faits semblables à celui dont parle John. D. Hillis, cité par Shoemaker (The med. Register, 1897, p. 557, 558), relatif à la femme d'un pourvoyeur de léproserie devenu lépreux, et dont la femme ne fut atteinte qu'après des années pendant lesquelles chacun de dire: Comment pouvez-vous appeler contagieuse une maladie à côté de laquelle on peut rester ainsi indemne!

Ce qui est hautement digne de remarque, c'est l'immunité prolongée ou définitive des femmes saines d'hommes lépreux, qui conçoivent, et mettent au monde, des enfants hérédolépreux ou sains, dont nous avons donné l'interprétation dans notre lecture à l'Académie de médecine en octobre 1887, au lieu cité. Reprenons les faits tels que les présente Zambaco-Pacha, l'un des plus éminents parmi les anticontagionnistes, dans la relation saisissante de ses Voyages aux pays lépreux, chapitre XXV, relatif à la léproserie de Scutari.

„Ce qui doit être remarqué et ce qui porte son précieux enseignement, c'est que des femmes saines, qui ont conçu par le fait d'un lépreux, et qui donnent le jour à des enfants qui deviennent lépreux, restent constamment indemnes. De tels exemples sont vus en nombre à la léproserie (de Scutari); et j'en ai rencontré en masse dans mes pérégrinations dans les pays des lépreux ainsi qu'à Constantinople, parmi mes lépreux ambulants. J'en ai plusieurs en observation en ce moment. Enfin, j'ai, à Constantinople, des cas encore plus remarquables d'enfants issus de pères lépreux, qui ont présenté les premiers signes de la lèpre peu de temps après leur naissance; ils sont donc venus au monde lépreux en quelque sorte, puisque tout le monde admet que l'incubation est très longue dans la lèpre. Eh bien, les mères qui ont conçu et porté des enfants ayant le germe qui éclôt parfois quelques semaines seulement après la naissance, ces mères qui ont recélé dans leur sein des enfants lépreux n'ont pas contracté la maladie. Ainsi, les femmes des lépreux, les mères qui donnent le jour à des enfants déjà atteints de la lèpre pendant la vie intra-utérine, et dont la maladie commence à évoluer dès la naissance, ne sont contaminées ni par les relations du mari, ni par les connexités intimes de la vie fusionnée en quelque sorte par la circulation commune de la mère et du produit de la conception. Voilà les faits. Quand à leur interprétation, je les laisse à la sagacité impartiale du lecteur."

L'interprétation que nous avons donnée, et que nous donnons est entièrement différente de celle de Zambaco-Pacha: cette immunité, actuelle et ultérieure, n'est pas un fait de non-contamination, mais un

fait d'immunisation conceptionelle comparable à celle qui se réalise dans la syphilis conceptionelle, et qui a été formulée dans les termes que l'on connaît sous le nom de loi de Colles. Il n'est pas nécessaire d'insister, ni de développer les notions que cette immunisation conceptionelle peut fournir aux recherches sur la vaccination antilépreuse; pour la démonstration que nous poursuivons actuellement, il suffit de mettre le fait en la place qui lui appartient réellement.

VII. Objections relatives a la rareté de la contamination des médecins, des personnes qui soignent les lépreux a un titre quelconque; à la rareté ou à l'absence de la contamination dans les léproseries, dans les hôpitaux généraux qui reçoivent des lépreux sans les isoler, dans les maisons de santé destinées aux lépreux, etc. — Les médecins prennent la lèpre auprès des lépreux dans la même mesure que les personnes de leur situation et de leur rang, et relativement moins, en raison de leur compétence dans le diagnostic précoce de la maladie, non moins que parce qu'ils savent prendre les mesures de simple précaution, généralement suffisantes. Ils ne prennent pas davantage, pour des raisons analogues, la tuberculose, ou même la peste, pour donner une comparaison d'évidence et d'actualité.

La fréquence des contaminations s'accroît quand, des médecins, on passe aux personnes diverses qui, par dévouement ou par profession, dans la famille ou dans les asiles de lépreux, donnent des soins intimes et prolongés aux lépreux sans prendre les mêmes précautions que les médecins, ou sont obligées de manipuler les linges souillés par les lépreux sans avoir été protégées par les mesures de désinfection que l'on sait prendre aujourd'hui.

Tel, entre autres, le cas de l'admirable Frère Damien, longtemps cité comme un témoignage éclatant de la non-contagiosité de la maladie et qui finit par mourir de la lèpre. Tel le cas de la femme qui lavait le linge des lépreux de Molokaï, toujors cité à coté de celui du Frère Damien, et qui finit aussi par être reconnue lépreuse par le professeur P. A. Morrow en 1888. Tel le cas de la fille d'un magistrat de Riga, devenue lépreuse, qui niait tout contact avec des lépreux, et pour laquelle l'enquête de v. Bergmann (Die Lepra, au lieu cité, 1897, p. 35) établit qu'elle avait pansé les ulcères lépreux d'une de ses domestiques morte ensuite de la lèpre à l'hôpital; et ainsi de beaucoup d'autres que nous pourrions citer, et dont on recueillera aisément la longue liste quand on voudra, comme l'a fait V. Bergmann pour Riga, poursuivre une enquête patiente, tenace, précise, en région limitée, permettant de recueillir des documents authentiques portant sur un nombre d'années proportionné aux lenteurs de l'évolution de la lèpre.

En ce qui concerne le personnel des léproseries, on sait surabondamment que ceux qui les fréquentent régulièrement, ou ceux qui y vivent sont particulièrement exposés à contracter la lèpre, ainsi que cela résulte entre autres statiques de celle de la léproserie de Molokaï, dans laquelle 9 à 10 p. 100 des individus qui y sont employés deviennent lépreux. — Cf. Ed. Boinet, Léproserie ou village de lépreux d'Hanoï, travaux cités.

Toutefois, une enquête nouvelle sur ces faits est indiquée, ne serait-ce qu'en raison de l'immunité remarquable — bien qu'elle ne soit pas absolue — de la léproserie de Scutari. Les femmes saines ou lépreuses y mettent au monde des avortons, des atrophiques, des hérédolépreux, et même des enfants sains qui y deviennent ultérieurement quelquefois lépreux, mais sont considerés comme des hérédolépreux, même s'ils ne deviennent lépreux que dans l'adolescence. Mais il n'en est pas moins vrai qu'un grand nombre de personnes saines évoluent dans ce foyer lépreux exclusivement composé d'Ottomans mahométans, et paraissent n'y pas contracter la lèpre, laquelle, en outre, ne se propagerait pas dans le rayon de la léproserie, malgré les contacts multipliés avec la population saine ambiante.

C'est une étude du plus grand intérêt à reprendre en sous-oeuvre sous la rubrique de: Variabilité du pouvoir contagieux de la lèpre selon les époques, les régions et les castes, etc. Ajoutons seulement que ce paradoxe de contagiosité ne semble pas, pour des régions comparables, avoir également frappé tous les observateurs, puisque le Dr. Heidestam, directeur du service sanitaire à l'île de Chypre, dans son Rapport de 1890, écrit que „depuis dix ans, l'observation des lépreux lui prouve de plus en plus la contagiosité de la maladie". (Voyages chez les lépreux, p. 406, en note.) A la même série appartiendra l'enquête sur les hôpitaux généraux dans lesquels on reçoit des lépreux sans les isoler parce qu'on n'y a jamais observé de contamination lépreuse, à l'hôpital Saint-Louis par exemple, où il y en a en permanence un certain nombre. Les conditions favorables à la contamination lépreuse ne s'y trouvent évidemment pas réalisées; comme les autres malades, les lépreux y sont soumis aux mesures générales d'hygiène et de propreté, ainsi que de vie réglée, et ils sont traités activement. L'oeil du médecin et la surveillance de nos admirables religieuses interviennent régulièrement; enfin la promiscuite y est nulle, ou réduite au minium.

Cependant, il y aura lieu de faire intervenir, pour le règlement de la question, d'autres observations, telles que celles d'Arthur Reissner dont voici la relation littérale qui peut servir de conclusion au présent alinéa:

„Dans plusieurs établissements de bienfaisance de la ville de Riga, après que dans l'espace des deux dernières années, cinq lépreux, provenant de la maison de charité Saint-Nicolas et de la maison de charité russe, eurent été admis dans la léproserie de la ville de Riga, on examina avec soin les habitants de tous les instituts relevant de l'assistance charitable. Le résultat de cette enquête fut la découverte de 25 lépreux qui, après un séjour de dix à quinze ans dans l'établissement en question, étaient devenus malades dans les trois à quatre dernières années; avec les 5 cas précédents et un lépreux mort dans un dépôt russe de mendicité, ces 31 cas se divisaient comme il suit: ils venaient du dépôt russe de mendicité, 14; du dépôt Saint-Nicolas, 8; de l'asile des pauvres, 6; de la maison de force (bagne), 2; de l'hospice des incurables, 1. Avec la faible virulence du virus lépreux on est surpris du chiffre élevé des sujets atteints dans les deux instituts nommés en premier lieu; de ces 22 malades 4 étaient déjà

affectés avant leur entrée dans l'établissement, et l'épidémie s'est introduite par cette voie, comme cela a été démontré, dans un terrain de culture favorable, car 9 fois la voisine de lit d'un lépreux devint malade; 5 fois la maladie serait survenue après des relations intimes de plusieurs années, et on n'a pu expliquer la maladie de 4 autres que par une infection accidentelle par les autres lépreux de l'établissement. La durée de l'incubation a été habituellement de quatre ans, une fois de deux ans et demi. Les malades avaient tous plus de 50 ans, douze déjà 70. Chez aucun des malades, il n'existait d'hérédité. (St.-Petersburger medicinische Wochenschr., St. Petersburg, 25. décembre 1893, 16. janvier 1894, et Ein Beitrag z. Contagiosität d. Lepra nach Beobacht. i. St.-Nicolaï-Armenhause und russischen Armenhause z. Riga., in Monatsh. f. prakt. Dermat., 1894, vol. XXVIII, p. 157, résumé par G. Eichmüller, thèse citée.)

§ 3.

Indications générales sommaires de la prophylaxie de la Lèpre.

Si l'on rappelle ici que, bien qu'on n'en puisse donner la preuve pastorienne — puisqu'il ne peut être cultivé en dehors de l'homme — le bacille de Hansen et de Neisser est l'agent pathogène de la lèpre; — si l'on se représente que, dans le développement et dans l'expansion de la maladie, l'hérédité démontrée est un facteur presque négligeable; — si l'on ajoute que la contamination immédiate ou médiate par le lépreux en est, au contraire, le facteur absolu; — si l'on n'oublie pas, enfin, que la contagion lépreuse — la contagiosité de la lèpre — est typiquement d'une extrême inégalité selon les temps, les lieux, les choses et les hommes, on aura réuni les éléments essentiels qui peuvent fournir à la médecine, aux gouvernements, aux municipalités, les bases d'une prophylaxie certaine. Les progrès et l'état actuel de l'hygiène, de la police hygiénique et de la sociologie générales en faciliteront les moyens d'exécution.

I. Améliorer le sort des lépreux; les traiter individuellement, et avec énergie, par tous les moyens connus, externes ou internes.

II. Isoler et hospitaliser ceux dont le contact peut être infectant, toutes les fois où cela sera exécutable. Exiger, chez les lépreux ambulants, la désinfection et le pansement de tous les foyers bacillaires, et l'oblitération soigneusement exécutée de toutes les solutions de continuité, dans toutes les formes de la maladie. Vaccinations antivarioliques pratiqués exclusivement avec le vaccin de génisse.

III. Désinfection obligatoire, par tous les moyens localement réalisables, des vêtements, linges, objets à usage de toute espèce.

IV. Surveillance médicale et inscription administrative. Protection effective et organisée des enfants de lépreux contre tous les contacts infectants, etc.

V. Éclairer, sans relâche, les intéressés, par tous les moyens appropriés, sur les mesures de préservation efficace basées sur l'étude particulière des habitudes, des moeurs, de l'état social, des conditions

de tout ordre propres aux individus d'un pays, d'une race, d'une caste, d'une profession déterminées, etc., mission à confier particulièrement, en tout pays, aux ministres des religions.

VI. Instructions populaires relatives aux ablutions, aux soins de propreté et de préservation dont l'importance est de premier ordre dans tous les pays lépreux, et notions élémentaires de cette hygiène spéciale enseignées dans les écoles de tout rang, comprenant en outre les conseils particuliers, variables selon les climats et les pays, relatifs à tout ce qui, dans la matière entière de l'hygiène, peut agir sur le développement de la lèpre.

VII. Création d'Instituts léprologiques, avec enseignement officiel de la léprologie, partout où il est nécessaire de former des médecins destinés au pays lépreux, médecins qui devront, par des actes probatoires, établir qu'ils sont certainement en mesure de faire, de la maladie, une étude conforme aux exigences de la science moderne.

VIII. Jamais les mesures à prendre ne peuvent être édictées uniformes, absolues, générales, permanentes; toujours, elles doivent être réglées selon les conditions particulières à la région, à l'état social, au coefficient actuel de virulence, c'est à dire de contagiosité, selon qu'il y a, ou non, foyer lépreux proprement dit, en un mot selon l'état des lieux, des choses et des hommes.

IX. A aucun titre l'action légale ne peut intervenir dans la constitution des mariages en pays lépreux ou non, soit entre sujets lépreux, soit entre sujets sains et lépreux.

X. Partout, les mesures nécessaires, sous la haute et positive direction du médecin compétent, désigné par les gouvernements ou les municipalités, doivent être réalisés sans faillir aux principes de la liberté humaine, et de la charité.

De la lèpre anesthésique.

Ses lésions médullaires — son espression clinique, ses rapports avec la syringomyélie et la maladie de Morvan.

Par

N. Kalindéro (Bucarest).

Au Congrès International de Dermatologie et de Syphiligraphie, tenu à Vienne en 1892, j'ai eu l'honneur de m'exprimer de la manière suivante à propos du diagnostic de la lèpre:

Les analogies, qui existent entre la lèpre anesthésique et la syringomyélie, ont été souvent signalées dans ces derniers temps. Ces deux maladies présentent en effet dans leur marche, leur évolution, leur symptomatologie, une telle similitude qu'il est impossible de ne pas les rapprocher l'une de l'autre.

Je suis convaincu qu'on a passé sous silence beaucoup de lèpres anesthésiques méconnues et par contre, on a décrit des cas de syringomyelies à formes frustes, anomales, atypiques, qui n'étaient que des lèpres tropho-névrotiques.

J'en ai recueilli de ces cas, dont la nature n'a pu être déterminée et qui restent, pour cette raison, même aujourd'hui sous notre observation. Depuis, leur nombre a augmenté, ce que vous pourriez constater par quelques spécimens contenus dans cet atlas.

Nous pourrions citer des cas de lèpre à début lent, ou bien sous l'aspect clinique d'une maladie de Morvan, ou d'une syringomyélie, qui nous auraient mis dans l'impossibilité d'en faire le diagnostic précis sans l'examen bactériologique, soit par des coupes de la peau, soit par le procédé du vésicatoire sur lequel nous reviendrons plus loin.

Nous ajouterons que les signes cliniques qui permettent le plus souvent de faire le diagnostic de la syringomyélie et de la lèpre anesthésique sont les suivants:

A. En faveur de la syringomyélie:

La dissociation des troubles sensitifs.
L'intégrité des muscles superficiels de la face.
L'absence de taches sur la peau.
L'intégrité du système pileux.
La déviation de la colonne vertébrale.

B. En faveur de la lèpre:

- Le plus souvent l'abolition de la sensibilité tactile.
- L'atrophie et la parésie des muscles superficiels de la face.
- La paralysie double des orbiculaires.
- L'épaississement des nerfs (cubitaux surtout) avec des renflements nodulaires.
- La présence de taches sur le corps surtout si celles-ci sont insensibles.
- La résorption spontanée des phalanges.
- L'altération excessive des doigts.
- La chûte complète et partielle des doigts.

Malgré ce tableau synoptique, que de difficultés à surmonter et j'avoue m'être trouvé, même aujourd'hui, dans l'impossibilité de les vaincre dans certains de ces cas, dont le diagnostic nous est resté peu précis, malgré toute notre attention, notre pénétration et notre examen bactériologique, resté sans résultat.

Le docteur M. H. Schlesinger de Vienne, a cherché dans sa communication au Congrès de Moscou (1897) d'amplifier ce diagnostic différentiel, dans son rapport sur la pathogénie, le diagnostic différentiel et l'anatomie pathologique de la syringomyélie. Il ajoute que la dénomination „de maladie de Morvan“ doit être définitivement abandonnée et remplacée par celle de „syndrôme de Morvan“ ce syndrôme pouvant se rencontrer aussi bien dans les affections du système nerveux central (syringomyélie) que dans celles de nerfs périphériques (de nature lépreuse).

Je suis absolument de son avis, et de plus, je crois que les syndrômes, „maladie de Morvan et syringomyélies“ peuvent se rencontrer dans les lèpres anesthésiques à lésions centrales et peut-être même à lésions périphériques pour le Morvan; je me réserve le droit d'appuyer ces affirmations sur mes autopsies faites en dehors de tout parti pris, par mon très autorisé ami et confrère le professeur Babes.

J'ajoute que des modifications seront apportées dans le tableau synoptique précédant avec amplification dans les données cliniques, qui pourraient nous conduire à la distinction de ces différents états morbides pendant la vie.

Le syndrôme dissociation de la sensibilité pourrait se rencontrer, suivant nous, dans ces différentes affections sans qu'on ait toujours le droit de contester l'existence de la syringomyélie et de la maladie de Morvan de nature non lépreuse et former des affections réelles et indépendantes de la lèpre.

Mr. Zambaco en particulier a cherché à prouver, par ses observations cliniques, que ces deux affections ne pourraient être que des lèpres, non seulement méconnues, ce qui est vrai pour une série de cas, mais comme des lèpres dégénérées, ce qui ne doit pas être admis.

La réstriction que je faisais en 1892, je la répète encore aujourd'hui que la bactériologie est la seule voie qui puisse nous permettre de sortir des incertitudes des lèpres attenuées, atypiques, non évoluées, dégénérées, etc. et se présentant sous l'aspect de la syringomyélie ou de la maladie de Morvan.

Je suis heureux de voir aujourd'hui, Mr. le Dr. Zambaco modifier sa manière de voir, trop absolue, exprimée dans ses différentes communications à l'Académie de médecine de Paris (Les Lépreux de la Bretagne, 1892; Les Cagots des Pyrénées, 1892; La Lèpre dans le Midi de la France, 1893) et tenir mieux compte dans son dernier ouvrage (Les Lépreux ambulants à Constantinople) des investigations bactériologiques dans le diagnostic de la lèpre.

Ces investigations ne peuvent quelquefois nous fixer sur la nature de ces maladies qu'après la mort; j'admets volontiers que dans quelques cas très rares, les lésions se ressemblent comme localisations médullaires, mais différent entre elles par leurs caractères bactériologiques. Est-ce à dire, parceque ces affections n'ont pas présenté pendant la vie des caractères cliniques assez saillants, qu'on doive identifier ces lésions nerveuses qui peuvent se ressembler en apparence par leurs localisations, mais diffèrent entre elles bactériologiquement parlant, pour conclure à l'identité de ces troubles morbides au point de vue de leur pathogénie, de leur nature et leur appliquer à tous la rubrique „Lèpres dégénerées“ comme tendent de le faire certains cliniciens même par le temps qui court? Je désire m'expliquer assez longuement à ce sujet dans la crainte de n'être pas suffisamment compris.

Dés 1892 nous possédions des préparations de lèpre nerveuse, anesthésique, avec des lésions incontestables médullaires et qui prenaient un caractère spécifique, grâce à la présence des bacilles dans leur intérieur; ces préparations nous montraient un état vacuolaire autour de l'épendyme comme dans les syringomyélies. Pour quelques-unes de ces vacuoles, elles paraîssaient commencer vers les parties postérieures du canal médullaire entre ce dernier et les cornes postérieures. Ces lésions, dans la crainte qu'elles ne fussent le produit d'une préparation imparfaite, d'une dessication même, n'ont été montrées que sous cette réserve. Nous n'avons pu qu'indiquer leur existence, sans que nous ayons osé énoncer une interprétation définitive sur leur nature et leurs rapports avec une lèpre à lésions spéciales, localisées dans la moelle épinière.

Depuis, d'autres observateurs ont pu indiquer l'existence de ces mêmes altérations médullaires dans la lèpre.

Le docteur Souza Martins de Lisbonne, au congrès de Rome (Actes du congrés de Rome. Tome III. p. 349. — Zambaco. Lépreux ambulants, p. 185, et Revue de neurologie, 1894. No. 10. p. 30) a fait la communication suivante: „Un cas de Syringomyélie relevant de la lèpre.“ Le malade offrait le tableau le plus parfait de la Syringomyélie de la Salpétrière: atrophie des muscles, dissociation de la sensibilité (tact conservé, perte de la sensibilité douloureuse et thermique, réaction de dégénerescence) Diagnostic posé en juin 1891, syringomyélie, plus tard paraplégie — akynésie des bras, des avantbras et de la main gauche, marche impossible — mort en 1893.

Autopsie. A l'ouverture du canal rachidien, la région cervicale présente une couleur sombre foncée, à travers les méninges intactes.

Les hémisections transversales postérieures de la moelle cervicale donnent issue à quelques grammes d'un liquide marron; une large fistulation de cette partie de la moelle en occupait toute la longeur jusqu'au bulbe.

La moelle cervicale, éxaminée par le Dr. Camara Pestana était creusée par une cavité intéressant les substances grise et blanche, cavité remplie d'une masse diffluente brune.

Sur les préparations faites avec cette substance colorée pendant 10 minutes par la fuchsine phéniquée de Ziehl, décolorées par l'acide nitrique au tiers, nous avons vu, disent ces messieurs, une grande quantité de bacilles ayant pris la couleur rouge de la fuchsine, disposés en amas de 4 μ de longueur, présentant des espaces clairs, séparés par des granulations fortement colorées, granulations qui, maintes fois, éxistent à l'éxtremité du bacille. Ces caractères sont ceux du bacille de Hansen.

Le canal épendymaire est remplacé par un amas de cellules polyédriques se colorant fortement par le carmin d'alun; sclérose intense des cordons postérieurs et pyramidaux croisés; integrité des cellules motrices; pas de bacilles dans les nerfs du membre thoracique.

Voici donc, dit le professeur Souza, un cas de syringomyélie diagnostiquée deux ans et demi avant la mort, confirmée par l'autopsie et démontrée bacteriologiquement, comme dépendance de la lèpre; est-ce à dire, se demande-t-il, que tout cas de syringomyélie a une pareille étiologie? Ce serait trop généraliser.

Le monopole de la fistulation de la moelle accordé au bacille de Hansen, serait suivant le prof. Souza Martins, aussi hasardée que le monopole qu'on accorderait au bacille de Koch dans les formations cavitaires du poumon.

Pour le moment, dit-il, je crois admissible les conclusions suivantes:

Il n'y a pas lieu d'admettre un espèce nosologique dite syringomyélie.

La syringomyélie peut relever de différentes maladies. La lèpre est une de ces maladies."

D'autres maladies que la lèpre peuvent dissocier les éléments de la moelle, le sarcome et le gliome par exemple; il restera il est vrai, à démontrer que toutes les lésions décrites dans la syringomyélie ne sont pas des lépromes méconnus.

Danielssen à publié l'autopsie d'un lépreux chez lequel il y avait un canal creusé dans la moelle, c'est-à-dire une vraie syringomyélie. La cavité de ce canal abondait en bacilles de Hansen (Revue Neurologique du 31 Mai 1894).

J'ajoute que ces faits d'une haute valeur interprétative peuvent nous conduire à admettre l'existence de lèpres à caractères syringomyéliques avec des lésions vacuolaires et le bacille de Hansen, reconnu à l'autopsie seulement; ils peuvent tout au plus indiquer l'unité clinique, pourrai-je dire, de certaines affections à syndrôme syringomyélique et nullement leur unité pathogénique, de nature, etc.

Nous tâcherons de chercher à voir plus loin si on ne peut pas avoir d'autres indications, soit symptomatiques soit bactériologiques,

qui pourraient pendant la vie nous faire distinguer cliniquement les lèpres anesthétiques avec dissociation de la sensibilité des vraies syringomyélies et maladies de Morvan non lépreuses.

Je désire pour le moment faire l'exposé historique de nos investigations anatomo-pathologiques et bactériologiques, afin de mieux établir le droits de priorité de chacun dans cette large page de la pathogénie de la lèpre; cet exposé se base sur différentes publications, qui, en ce qui regarde la précision des lésions du système nerveux, présentent toutes les garanties voulues, grâce à l'autorité reconnue du prof. Babes.

Au Congrès de dermatologie de Paris de 1889 nous avons pu nous occuper avec notre distingué confrère de la distribution du bacille de la lèpre dans les différents tissus et organes.

Mr. le professeur Leloir nous avait fortement pressé de faire des recherches dans ce but.

Plus tard, dans une note communiquée à la Société de biologie, (séance du 27. Juillet 1895) monsieur Babes et moi, nous sommes de nouveau revenus sur la distribution du bacille de la lèpre dans l'organisme.

Voici ce que nous disions dans cette notice.

En défaut de résultats bien nets dans les essais de culture et d'expérimentation du bacille de la lèpre, c'est surtout le siège du bacille qui nous fournit certains points d'appui pour apprécier la manière dont se produit l'infection lépreuse.

Ainsi l'un de nous (Babes) a eu l'honneur d'annoncer en 1883 devant cette savante Société ses constatations sur le passage des bacilles de la lèpre par la peau intacte le long de la gaine interne des poils, constatation confirmée par toutes les recherches ultérieures. La peau des lépreux étant couverte des bacilles provenant des follicules pileux, ce fait nous fait entrevoir la possibilité d'une infection par contact. En 1888 nous avons publié dans les Annales de l'Institut de pathologie et de bactériologie de Bucarest, la constatation des bacilles dans la salive, le sperme, le lait, la sécrétion nasale et conjonctivale sur la muqueuse vaginale et utérine, de même que dans les cas exceptionnels à la surface de la muqueuse uréthrale, vésicale, etc., de sorte que toutes ces sécrétions pouvaient bien constituer, dans des conditions particulières qui nous sont inconnues jusqu'à présent, le point de départ de l'infection lépreuse.

J'avais constaté, en 1889 (Cornil et Babes, Les Bactéries), qu'à un moment donné le bacille de la lèpre se répand d'une manière presque diffuse dans tout l'organisme, en siégeant dans des organes à l'aspect normal dans certaines grandes cellules plasmatiques et dans les espaces lymphatiques péri-vasculaires. Mais le bacille ne se limite pas à cette localisation, il pénètre en petits groupes dans la lumière des glandes où on le trouve renfermé ordinairement dans des cellules plus grandes que les leucocytes normaux renfermant souvent plusieurs noyaux (probablement des cellules migratrices modifiées). On trouve des grandes masses de bacilles non seulement autour, mais aussi dans l'intérieur des glandes; ainsi, dans les canalicules séminales, les bacilles dilatent et bouchent souvent leur lumière, occupant la lumière de la

glande, leur épithélium étant à peu près intact. On peut constater la même chose dans la glande mammaire. Ici on voit par places le tissu interacineux plein de bacilles et ensuite on peut observer des grandes cellules rondes pleines de microbes, qui pénètrent par la membrane basale et se trouvent entre les cellules glandulaires ou bien dans la lumière des acini et des conduits.

Dans l'ovaire le bacille de la lèpre a été trouvé par nous presque dans tous les cas mortels. Il se trouve ici autour des petits vaisseaux, autour des ovules dans les éléments cellulaires dégénerés, devenus homogènes, vasculaires et colorés en rose par la méthode d'Ehrlich. On en trouve parfois dans l'une ou l'autre des cellules qui entourent l'ovule. Ces faits semblent donner un nouvel appui à la supposition non seulement de la contagiosité, mais aussi de l'hérédité de la lèpre.

Une autre série de recherches concerne la question du rapport de la lèpre avec le système nerveux. J'avais constaté en 1883 (Académie des sciences) la présence du bacille de la lèpre dans la lèpre purement nerveuse. Depuis, j'avais souvent remarqué le bacille en état libre dans les petits vaisseaux de l'épineurium de même qu'entre les fibres nerveuses. Mais son siège principal est le protoplasma de certaines cellules granuleuses de la gaine de Schwann qui se présentent dans des coupes transversales des nerfs à la surface intérieure de la gaine sous forme de croissants remplis de bacilles et de leurs restes.

Déjà, en 1888, nous avons signalé la présence du bacille dans certaines cellules radiculaires antérieures de la moelle et plus rarement dans des cellules nerveuses du cerveau. Dans des nouveaux cas nous avons pu constater que ce n'est que dans un certain nombre des cas et parfois dans la lèpre tuberculeuse et sans manifestations morbides, de la part du système nerveux central, qu'on trouve les microbes.

Dans un de ces cas où la moelle ne présentait aucune lésion appréciable à l'oeil nu, j'avais étudié dans les cornes antérieures de la moelle le rapport des microbes avec sa cellule nerveuse. J'ai constaté que le bacille qui se trouve d'abord dans l'espace lymphatique péricellulaire pénètre ensuite dans la cellule et produit ordinairement un état particulier criblé ou vacuolaire, mais qui se limite au voisinage du bacille, tandis que le reste de la cellule paraît rester normal.

C'est surtout dans la partie pigmentée de la cellule nerveuse qu'on trouve de préférence les bacilles.

La première lésion plus diffuse de la cellule consiste dans une altération de la granulation de Nissl, qui devient où plus fine ou plus grossiére, irrégulière, en disparaissant peu à peu. Ensuite commence une désintégration et une disparition des prolongements nerveux, en même temps, avec l'invasion des microbes dans le commencement des prolongements. Enfin, c'est le noyau qui devient pâle, moins net, le nucléole disparaît d'abord et ensuite le contour du noyau même.

En colorant la moelle, d'après Ehrlich, et ensuite avec le bleu de méthylène, on gagne des préparations très nettes et on y observe des granulations régulières colorées en rouge qu'on ne doit pas confondre avec les bacilles. Ces granulations, de la grosseur des bacilles de la

lèpre, se trouvent aussi dans la moelle normale, elles siègent autour du nucléole et on peut en compter 1—6 dans chaque cellule.

Auprès des cellules renfermant 1—20 microbes bien conservés, on trouve toujours beaucoup d'autres qui n'en renferment pas. En dehors des cellules, on trouve rarement des microbes isolés dans des fentes lymphatiques de la substance grise.

Nous croyons que ces constatations, très démonstratives, sur le siège des microbes de la lèpre dans le système nerveux, nous rendra des services dans la recherche d'autres virus siégeant dans le système nerveux.

Ils sont les résultats obtenus par l'examen des élements nerveux dans la lèpre tuberculeuse; les cellules des cornes antérieures sont légèrement modifiées, mais elles contiennent des bacilles de la lèpre, dont la distribution est la suivante:

Les bacilles entrent, avant tout, dans les éspaces péri-cellulaires dont les élements d'enveloppe, sont légèrement tuméfiés; on remarque en outre une légère desquamation des parties périphériques de la cellule, probablement des éléments chromatiques qui tombent dans les espaces péri-cellulaires; les microbes pénètrent ensuite dans les cellules, tantôt disséminés, tantôt en groupes. Le protoplasme reste normal et les éléments chromatophyles paraissent intactes.

Ordinairement on voit, au milieu des masses de pigment, des vacuoles qui indiquent la disparition progressive de ce dernier et les bacilles se concentrent autour de ces vacuoles. (Voir fig. 1.)

Les noyaux des cellules se délimitent difficilement et s'entourent par une masse de granulations qui se colorent par la méthode d'Ehrlich.

Les ganglions spinaux contiennent des microbes qui se concentrent particulierement dans les cellules nerveuses du protoneurone sentitif; dans ces parties les bacilles se voient surtout dans les grandes cellules, dont le pigment disparait pour faire place à des vacuoles de différentes grandeurs.

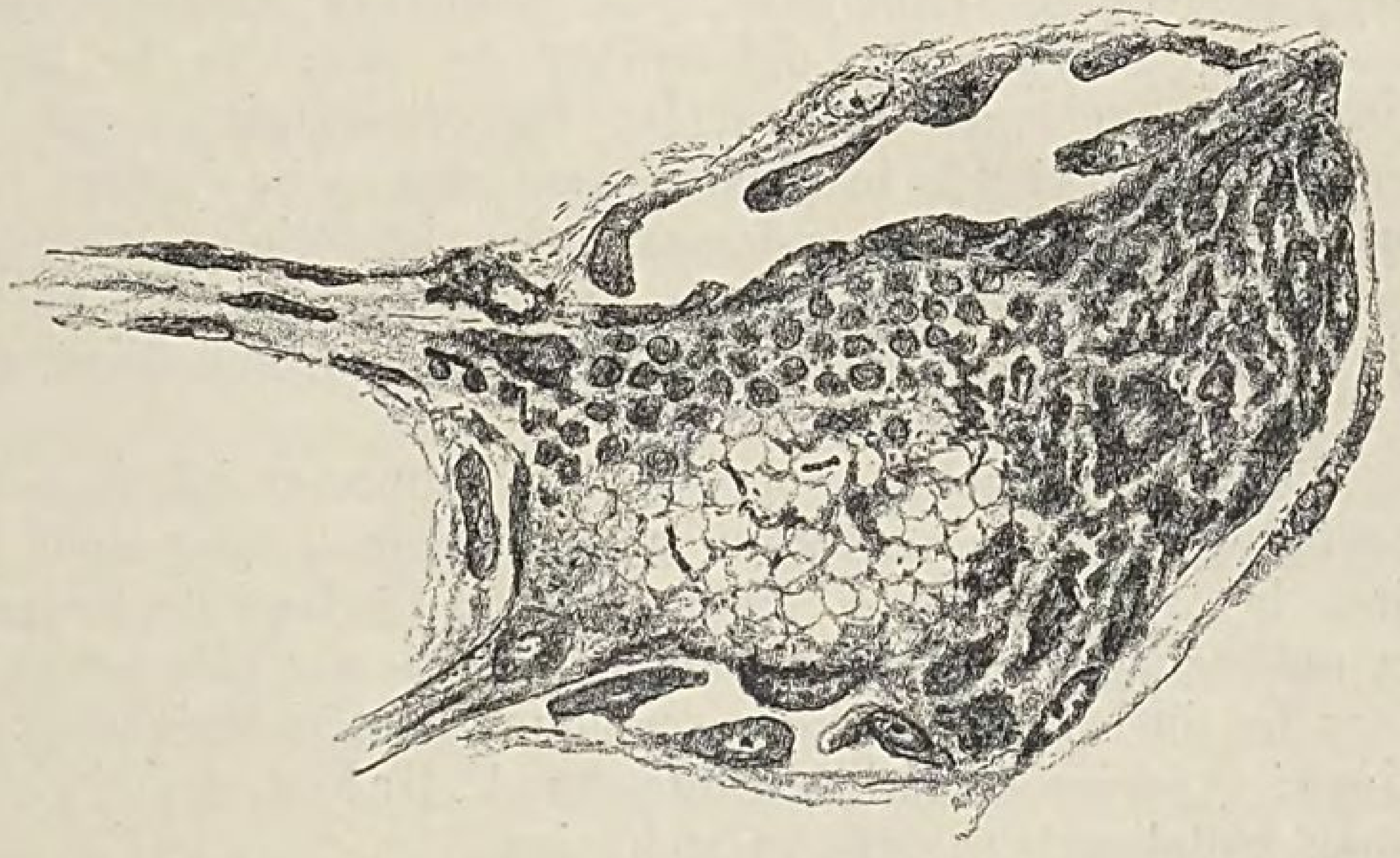


Fig. 1. Lèpre tuberculeuse. Cellule de la corne antérieure.
L'espace péricellulaire est tapissée par des éléments qui proviennent en partie des corpuscules chromatiques de la cellule. Dans la cellule même ces éléments sont bien conservés, avec leur partie centrale pâle. Le noyau de la cellule manque; à sa place on voit un tissu vacuolaire où l'on rencontre quelques bacilles de la lèpre.

Dans d'autres parties des cornes antérieures on trouve des cellules plus alterées, ainsi que l'indique la fig. 1 et consistent dans une prolifération endothéliale des espaces péri-cellulaires et une desquamation périphérique des éléments chromatiques; le pigment ici se trouve remplacé, dans la partie centrale de la cellule par des vacuoles, tout en occupant la plus grande partie de la masse cellulaire; on trouve les bacilles au milieu de ce pigment et ils semblent s'étendre aussi du côté des prolongements axillaires.

La modification, la plus évidente des cellules nerveuses envahies par le bacille, serait suivant Mr. le Prof. Babes, la disparition du pigment, la production d'un état vacuolaire et l'apparition des corpuscules metachromatiques autour du noyau.

Pour nous résumer, je crois pouvoir dire:

1. La lèpre peut présenter des altérations du système nerveux dans ses différents éléments, tant périphériques que médullaires.
2. Ces altérations peuvent se rencontrer:
 a) dans les cornes antérieures,
 b) dans les ganglions spinaux et même parfois, mais rarement il est vrai, autour de l'épendyme; ces lésions se traduisent par un état vacuolaire, qui se rapprocherait de celui qu'on constate dans les cellules nerveuses et probablement par le même procédé elles ressembleraient, en apparence, aux modifications vacuolaires de la syringomyélie, de nature différente quant au microbes, mais dépendante elle-même d'une infection.

Le processus cavitaire dans la lèpre à type syringomyélique et à cavités péri-épendymaires pourrait être le même que dans la syringomyélie classique, malgré la différence de la nature infectieuse, dans ces deux affections.

J'arrive donc à dire que le syndrôme syringomyélie peut être l'expression de différentes altérations médullaires, sans qu'on puisse contester l'existence de la syringomyélie de Schultze, dont les caractères cliniques seraient difficilement différenciés de ceux de la lèpre anesthésique. Pour quelques le caractère bactériologique serait le seul élément distinctif et visible le plus souvent rien qu'à l'autopsie.

Nous tâcherons de voir, si les caractères bactériologiques, pendant la vie, venaient à manquer et ne seraient pas possible de faire le diagnostic de la lèpre anesthésique par d'autres moyens d'investigation clinique.

Tout d'abord, permettez-moi de vous rapporter ici, le cas d'une lèpre nerveuse, dont l'observation a été recueillie par mon chef de laboratoire, la très distinguée Madame Sion, à laquelle j'apporte ici tous mes remerciments, et dont l'autopsie faite par elle, a été complétée dans les investigations microscopiques bactériologiques par mon très distingué confrère et ami, le Professeur V. Babes, que je considère comme mon collaborateur dans ce mémoire.

Maria Gheorghe Ivan Jacob, 50ans. Roumaine décédée au mois de Décembre 1897. Argesh Serbanesti. Lèpre nerveuse.

Entre dans notre service le 23 Mars 1896, malade depuis neuf ans, mère de

deux enfants lépreux qui ont été reçus en même temps que la mère dans notre service.

Les manifestations lépreuses ont été observées chez ces enfants, chez l'un à l'âge de 8 ans, chez l'autre à l'âge de 12 ans. La contagion paraît probable chez la mère et l'hérédité est incontestable chez ses enfants. Les deux sont atteints de lèpre tuberculeuse, et nous les avons traités, pendant assez longtemps dans notre service.

Voici ce que nous a attiré l'attention au premier abord chez cette femme:

Complètement aveugle, avec des altérations très prononcées des globes oculaires, que nous décrirons plus tard, présentant le vrai masque lépreux, n'ayant plus trace de cils et de sourcils, avec l'atrophie des orbiculaires, le nez enfoncé, et la figure toute pleine de taches pigmentaires. Les lobules de l'oreille sont infiltrés et l'oreille déformée. La chevelure intacte.

Antécédents personnels: Malade depuis 9 ans; pas de maladies infectieuses dans son enfance. Habitant toujours Argesh; ayant eu pendant plusieurs années des accès de fièvre; pas de syphilis, pas d'autres maladies infectieuses. Elle nous raconte avoir vu dans son voisinage deux personnes qui avaient des manifestations pareilles à sa maladie. Son mari ne présente actuellement aucune manifestation lépreuse. Réglée à temps, elle n'a eu que ces deux enfants.

Voici comment la malade nous décrit le commencement de sa maladie.

Il y a neuf ans de ça, la malade a été atteinte d'un mal perforant plantaire, qu'elle attribuait à sa mauvaise chaussure; en même temps elle se sentait un peu plus faible qu'avant, ne pouvant plus faire les mêmes courses et travailler comme avant.

Peu après la faiblesse atteint les membres supérieurs; en même temps elle a eu pendant 2—3 mois un coryza aigu avec sécrétion abondante et après lequel le nez commença à se déformer. En même temps elle voyait disparaître les poils de ses cils et de ses sourcils.

Ces symptômes devenaient de plus en plus graves, et la malade fut bientôt dans l'impossibilité de travailler.

Elle nous dit que ce n'est pas tant la faiblesse qui l'empêchait de travailler, mais plutôt la déformation et l'atrophie des mains qui lui causaient le plus d'ennui.

Voici son état actuel:

Les mains. Main droite: les éminences thénar et hypothénar sont à peu près disparues, aplaties, et la peau est fine, amincie, la main prend la forme d'une main en griffe, les muscles interosseux sont aussi atteints d'atrophie. Les dernières phalanges sont hypertrophiées

Le cinquième doigt est atteint d'une amputation spontanée entre sa seconde et troisième phalange et la cicatrice en est assez régulière.

Les ongles sont le siège de troubles trophiques remarquables; ils présentent des exulcérations et des excoriations manifestes.

Le troisième et le quatrième doigt ne possèdent plus d'ongles, qui sont remplacés par quelques excoriations.

Main gauche: la même attitude en griffe, les atrophies un peu moins prononcées que du côté droit. Le réflexe du coude est affaibli, les atrophies ne remontent pas à l'avant-bras. Sur l'avant-bras droit et sur sa face postérieure on trouve une cicatrice de la grandeur d'une pièce de cinq francs.

La malade me raconte qu'elle s'était brulée en cuisinant, sans avoir toutefois éprouvé aucune douleur.

Sensibilité aux mains: sur le côté antérieur de l'avant-bras et de la main droite, la thermoesthésie, la douleur, et le tacte sont complètement abolis; tandis que sur la face dorsale de l'avant-bras surtout au niveau de l'articulation du poignet, on trouve tout autour du poignet, comme en formant manchette, une dissociation de la sensibilité comme dans la syringomyélie, c'est-à-dire que la malade a perdu dans cette région la sensibilité à la température et à la douleur tout en conservant la sensibilité tactile.

Une pareille dissociation syringomyélitique a été trouvée du côté gauche sur toute la face dorsale de l'avant bras.

Les pieds: les pieds sont déviés en varus équin.

Pied droit: dévié, ayant sur le côté plantaire au niveau de l'articulation des métatarses avec les phalanges, un énorme ulcère perforant; par cette ulcération qui secretait du pus en abondance s'éliminaient de temps en temps des petits fragments osseux mortifiés; dans la secrétion par des recherches microscopiques, nous avons trouvé des bacilles de Hansen en assez grande quantité.

Le cinquième et le quatrième orteil étaient amputés au niveau de la première phalange.

Sur la jambe on trouve sur une grande étendue des taches pigmentaires, ainsi que des cicatrices.

Dans toutes ces régions la sensibilité au tact, à la douleur et à la température étaient disparues.

Pied gauche: Il se trouve dans la même déviation et il présente à peu près les mêmes troubles trophiques que le pied droit.

En déshabillant la malade on voit sur toute la région du dos une marmorisation pigmentaire; dans toute cette région on constate que la sensibilité est émoussée.

Les autres organes: le poumon, le foie, la rate sont à peu près normaux.

L'examen du pus produit par le vésicatoire nous a montré par l'examen de plusieurs pièces, des bacilles de la lèpre très nombreux.

Dans toutes les régions où il y avait des ulcérations et où nous avons fait des recherches microscopiques, partout le bacille de Hansen s'est trouvé avec beaucop de facilité et en abondance.

En examinant les poils nous n'avons pas pu réussir à les trouver.

Le bacille a été vu encore dans la secrétion nasale, lacrimale et vaginale.

L'urine contient très peu d'albumine, pas de sucre.

L'examen électrique n'a pas été fait: c'est regrettable.

Cette femme est morte dans notre service, au mois de Décember 1896; l'autopsie a pu être faite et les détails peuvent être résumès dans la description suivante.

Cadavre féminin de petite taille, la peau à pigment un peu plus brun, ridée avec des taches brunes, plus foncées ou plus hypérémiques, plus épaisses, molasses. Le nez est un peu aplati, les sourcils et les cils injectés et recouverts d'une couche mince d'exsudats muco-purulents. Le tissu conjonctif autour de la cornée est un peu plus jaune, plus succulent. Les dents incisives supérieures plus longues et mobiles. Les lobules des oreilles sont plus injectés avec des taches brunes ou d'un brun jaunâtre ou hypérémiques avec des érosions superficielles de quelques milimètres de diamètre recouvertes de croûtes sèches.

Par place les taches hypérémiques acquièrent une teinte violacée écchymotique.

Le nerf médian droit ainsi que le cubital sont épaissis par la présence d'un tissu graisseux jaune, qui s'interpose entre les faisceaux nerveux.

La muqueuse du larynx est recouverte de mucosités sales. Poumons un peu emphysémateux; coeur petit, flasque, renferme du sang coagulé; foie augmenté de volume, plus pâle. Rate hypertrophiée, d'un brun rougeâtre avec des trabécules retrécis.

L'estomac et les intestins contractés et vides. Rein petit pâle; la capsule se laisse facilement détacher. La surface est un peu mamelonnée. La substance corticale plus pâle, plus homogène, plus humide, plus lucide.

La substance médullaire de la capsule surrénale un peu plus blanche.

La cavité utérine est dilatée et renferme un muco-pus jaunâtre, consistent; la muqueuse utérine épaisse, injectée, un peu granuleuse, les ovaires augmentés de volume, sillonés par des rétractions profondes assez dures.

Les trois ganglions spinaux du côté droit, correspondant à la partie inférieure du renflement cervical, sont augmentés de volume et baignés dans une atmosphère abondante de tissu graisseux, jaune, gélatineux.

A l'oeil libre on ne peut rien observer d'anormal dans la moelle.

Examen anatomo-pathologique, fait par le Professeur V. Babes:

L'examen du cerveau n'a pas relevé des lésions particulières, ni dans le liquide céphalo-rachidien, ni dans les cellules du cerveau.

Moelle cervicale, préparée par le procédé de Weigert-Pal, présente un épaississement considérable, sans trace de lésions des méninges, qui semblent plus adhérentes à la partie périphérique de la moelle. Les vaisseaux sont à peine altérés, par place quelques cellules embryonnaires en prolifération.

Les racines antérieures ne présentent pas de lésions interstitielles; un grand nombre de fibres nerveuses conservent à peine la coloration normale. On observe dans les racines postérieures que la plus grande quantité de fibres ne prennent pas la coloration noire et restent à peine colorées.

La substance blanche ne présente d'altérations que dans la région de Goll.

On ne peut pas dire qu'il y ait dans cette région (racines postérieures) une simple décoloration; les fibres qui existent sont dissociées par un tissu fibrillaire. Dans le cordon de Goll, cette palidité est produite par la disparition d'un certain nombre de fibres nerveuses, qui sont remplacées par du tissu neuroglique très pâle et par un tissu fibrillaire.

On y voit aussi sur la section beaucoup de fibres nerveuses qui ont perdu leur couleur.

On constate ici encore un épaississement uniforme des vaisseaux, une accumulation de pigment jaune autour des vaisseaux, situés le long du sillon postérieur.

La palidité du cordon de Goll est plus prononcée vers sa partie centrale, tandis qu'à la periphérie et surtout à sa limite latérale, on constate une zône plus noire. Dans les cordons latéraux les vaisseaux sont grossis, tandis que les parties nerveuses ne sont pas altérées.

Dans les pièces, avec Ehrlich, on constate un grand nombre de cellules de différentes provenances, à savoir, des cellules rondes à noyau vacuolaire à leur intérieur.

Les vaisseaux les plus grands montrent un gonflement des endothéliums, et dans les gaines périvasculaires, on trouve des petites cellules lymphocytes, et d'autres plus grandes, renfermant des masses de pigment jaune.

Ce sont surtout les cornes postérieures qui sont plus riches en cellules; on en trouve aussi beaucoup au voisinage du canal central, point important à noter.

Les cellules radiculaires sont peu modifiées dans certaines parties, tandis que dans d'autres on trouve surtout des lésions du protoplasma et du noyau. Ces altérations se trouvent surtout dans les cellules du centre de la corne antérieure probablement dans les cellules comissurales.

D'ailleurs on constate, dans chaque groupe, un assez grand nombre de cellules envahies de pigment ou par des éléments chromatiques décolorés, ou bien parsemées de vacuoles, plus ou moins grandes, qui dérangent les éléments chromatiques.

Les prolongements des cellules sont toujours conservés. Ce qui nous frappe surtout, dans la plupart des cellules, c'est la disparition de la membrane nucléaire, et la présence des corpuscules metachromatiques autour du nucléole.

Toutes ces lésions sont très prononcées dans les cellules du centre de la corne antérieure et on les trouve par contre très rarement dans les cellules radiculaires.

Dans la région pigmentée des cellules on trouve des granulations, qui se colorent par l'Ehrlich et qui sont peut-être, des restes de bacilles.

Région dorsale: Très peu de lésions, quelques racines seulement ont une coloration plus pâle; il y a plus de fibres pâles dans le cordon de Goll; rien de précis dans la substance grise, en dehors d'une riche pigmentation des cellules.

Dans la moelle lombaire on voit un épaississement peu considérable des méninges; avec une certaine transformation neuroglique à la périphérie de la moelle; les racines antérieures sont très pâles, à cause de la décoloration des fibres nerveuses, tandis que les racines postérieures sont assez bien colorées; dans la substance blanche il n'y a pas de lésion. Le nombre des fibres noires est à peu près normal; les cellules nerveuses et surtout les cellules radiculaires sont très pigmentées; parmi les cellules comissurales on en trouve qui sont remplacées par du pigment et dont le noyau est à peine visible.

Nous remarquons surtout l'absence du bacille de la lèpre dans la moelle de cette région; il reste à se demander si les granulations métachromatiques du noyau, ainsi que le pigment ne plaident pas en faveur de la disparition du bacille qui, à un moment donné, a pu exister. A l'appui de cette supposition on pourrait invoquer le fait que, dans d'autres cas de lèpre, on trouve des bacilles dans les cellules nerveuses, ces cellules présentant à peu près les mêmes lésions que dans notre cas.

La lésion des cordons de Goll, dans les parties supérieures de la moelle, de même que celle des racines postérieures, indiquent une dégénérescence ascendante continue du neurône sensitif.

En effet nous avons constaté des lésions remarquables, macroscopiques et microscopiques dans les ganglions spinaux, ainsi que dans les racines des nerfs spinaux.

Ganglions. Nous distinguons les lésions des fibres nerveuses et des cellules.

Les derniers ganglions de la région cervicale sont très hypertrophiés, ainsi que les nerfs qui entrent dans ces ganglions; ils sont au moins double de leur volume normal, ils sont durs, jaunâtres, les ganglions eux-mêmes offrent ce même volume double. Sous le microscope on observe un épaississement de la gaine nerveuse et de l'endoneurium par du tissu conjonctif interstitiel, principalement de nature fibrillaire; une partie des fibres qui pénètrent dans le ganglion ne prennent pas la coloration noire.

La racine, en sortant du ganglion, est modifiée dans le même sens, seulement

le tissu conjonctif est moins prononcé; il y a une décoloration d'une grande partie des fibres.

La gaine du ganglion se remarque par son épaississement; on trouve des groupes de petites cellules, infiltrées d'une masse calcaire et dans laquelle on ne constate pas de bacilles. Des masses calcaires amyloïdes ont été vues dans la capsule.

Le parenchyme du ganglion est riche en cellules, ainsi que sa capsule. Les cellules renferment des masses pigmentaires de trois ou quatre formes: des grains assez grands, ronds, égaux, colorés en violet par le bleu méthylène; d'autres cellules renferment un pigment jaune brun, à grands grains, à grains très fins et très irréguliers. Enfin il y a de grandes cellules, dont les grains du pigment sont remplacés par des vacuoles.

Il est très difficile de constater dans les cellules des éléments chromatiques.

Le noyau des cellules est bien conservé.

Ce sont ces grandes cellules à vacuoles qui renferment des bacilles de la lèpre, en plus au moins grande quantité. Les bacilles sont bien conservés et isolés, tantôt au milieu du protoplasma mais surtout dans les petites vacuoles décrites.

Certaines de ces cellules, renfermant des bacilles, sont plus petites, mal limitées et quelques unes même ont leur noyau disparu. Il faut donc insister sur ce point que dans aucune partie du système nerveux on n'a observé de bacilles, tous paraissant s'être concentrés dans les ganglions spinaux où ils sont très apparents.

En résumé, tout ce qu'on constate comme lésion, n'est qu'une légère atrophie et dégénérescence secondaire, provenant des lésions qui existent en dehors de la moelle; on y peut ajouter un léger épaississement et une pigmentation des méninges. Dans la moelle lombaire une augmentation de la nevroglie à la périphérie.

On ne peut pas nier une certaine altération de la substance grise; il faut se demander cependant s'il ne s'agit pas ici d'un reste de maladies antérieures?

Ces altérations consistent, dans notre cas, dans une pigmentation très prononcée des cellules nerveuses, dans une décoloration par place des éléments chromatiques, dans certaines lésions du noyau, de même que dans une accumulation de cellules embryonnaires autour des cellules et des vaisseaux.

Nous répétons de nouveau que les bacilles n'ont été trouvés que dans les ganglions; par cette affirmation nous ne voulons pas dire que les lésions des nerfs très prononcées ne doivent pas être attribuées au bacille.

Nous croyons même à la possibilité de certaines lésions, produites par des bacilles, qui peuvent disparaître par la suite.

Ovaire. Dans l'ovaire ou trouve des corpuscles blancs formés par des lamelles ondulées, homogènes, avec des cellules fusiformes dans les interstices.

Dans le stroma de l'organe, on trouve des cellules fibroplastiques avec beaucoup de vaisseaux, on ne trouve pas de bacilles.

Il y a cependant, dans le stroma, des canalicules ondulés, probablement reste des canalicules de Flügge, où l'on trouve, dans certaines de leurs grandes cellules riches en protoplasma, des bacilles disséminés dans le milieu de ce protoplasma. On peut observer, autour des canalicules ou des follicules de Graff, des éléments colorés par la méthode d'Ehrlich en rose et qui renferment des bacilles.

Mamelles. Dans une préparation, faite au niveau du mamelon, la peau est semée par des nodules lépreux, les couches épithéliales sont amincies, les papilles disparues. Ces nodules sont plus gros que les papilles du mamelon; la peau est plus lisse, amincie, et sans papilles; le centre du noyau se trouve immédiate-

ment sous la couche épithéliale. On peut observer qu'ordinairement c'est autour des follicules pileux que se forment ces nodules.

Leur structure n'est pas uniforme, elle diffère au centre et à la périphérie. Au centre le nodule touche jusqu'à l'épiderme et présente surtout une structure alvéolaire; les alvéoles sont formées par un tissu conjonctif, très pâle, et dans lequel on trouve des masses énormes de bacilles, formant des paquets de la grandeur des leucocytes; d'autres fois ils peuvent se présenter à l'état d'isolement.

Les alvéoles sont remplies par des formations rondes ou ovalaires, colorées en rose, et qui renferment des masses compactes de bacilles.

Les pièces, colorées par l'hématoxyline, nous démontrent la nature cellulaire de ces masses qui ne sont que des cellules géantes.

La partie périphérique des nodules s'étend sous les couches superficielles du chorion; ici le bacille existe dans certaines cellules libres, ils peuvent être isolés, siégeant entre les différents éléments du tissu proliféré.

Dans la profondeur de la glande, les acini sont ordinairement entourés d'un tissu en prolifération, dont les cellules et les espaces renferment des masses de bacilles, qui pénètrent par certaines canalicules fines, qui paraissent être de nature lymphatique, dans la membrane basale des canaux des acini de la glande.

Dans les canalicules les bacilles se trouvent rarement libres; ils forment ordinairement des masses rondes, bien limitées, colorées en rose, avec des taches à leur intérieur, qui semblent être les noyaux des cellules.

Leur protoplasma a disparu, pour être remplacée par des bacilles; ces formations se trouvent entre les cellules glandulaires et en partie dans la lumière des acini.

Dans les conduits lactifères, ces formations et les bacilles libres sont assez rares; cependant on en trouve, par places, dans les cellules qui tapissent les conduits glandulaires.

Tous les autres organes contenaient des bacilles dans leur intérieur.

Nerfs périphériques.

Nous avons examiné au microscope les nerfs médians, radiaux, cubitaux, sciatiques.

Le tronc de ces nerfs paraît plus gros que d'ordinaire, grâce à l'épaississement de leur gaîne conjonctive. Mais cet épaississement n'est ici que partiellement attribuable au tissu conjonctif proprement dit, car il relève pour une partie du tissu graisseux interposé entre les différents cercles concentriques de la gaîne. Le tissu conjonctif épaissi présente par place un aspect plus uniforme et plus pauvre en cellules; les faisceaux sont devenus plus larges, ils ont acquis, en un mot, les caractères du tissu scléreux. Dans d'autres endroits, il est caractérisé au contraire par sa richesse en cellules rondes et cellules fixes gonflées et hypertrophiées.

Les vaisseaux de cette gaîne, surtout les artères de moyen calibre, ont une paroi épaissie; la tunique musculaire de cette dernière est surtout épaissie, et l'interne est devenue un peu plus uniforme et discontinue. De la face externe de cette gaîne partent des traînées larges du même tissu qui pénètrent à l'intérieur du tronc nerveux pour s'interposer et dissocier jusqu'à un certain point les faisceaux nerveux. Les bacilles se trouvent en très grand nombre dans ce tissu conjonctif, soit libres dans les espaces lymphatiques, soit à l'intérieur des cellules fixes proliférées. Ils sont parfois dispersés, d'autres fois ils forment des petits groupes ou bien des amas compacts entourés par une zone claire.

Les tubes nerveux sont assez bien conservés; leur gaîne de myéline est pour la plupart d'entre eux intacte et bien colorable.

C'est ainsi que, sur quelques centaines de tubes qui composent un faisceau plus gros, on n'en trouve que 10—15—30 qui soient altérés.

Ceux-ci apparaissent sur la coupe transversale beaucoup plus gonflés, ils ont un diamètre 2—3 fois plus gros, on n'y distingue plus les limites de la gaîne myélinique et du cylindre-axe; le tout se présente comme une masse protoplasmatique, sale, trouble, renfermant souvent des bacilles en masse. Outre ces tubes altérés on trouve encore des bacilles dans les traînées conjonctives qui, de la gaîne épineurale, pénètrent à l'intérieur du faisceau nerveux et dans la gaîne de certains tubes nerveux plus ou moins sains.

Cette observation de lèpre nerveuse nous donne d'une manière évidente les altérations des ganglions spinaux; les pièces et les dessins sont laissés à votre disposition, afin que vous puissiez exercer votre contrôle sur nos affirmations.

Monsieur le Professeur Dr. Babes se propose de vous en faciliter cette conviction même par des projections.

Vous pourrez donc vous convaincre qu'il existe des lèpres nerveuses à syndrôme dissociation avec altération des ganglions spinaux, pouvant par leurs caractères cliniques se rapprocher des syringomyélies.

Ce cas est très intéressant parce qu'il a donné lieu à la dissociation de la sensibilité, avec des localisations plus spéciales, avec des modifications de cette même sensibilité différentes suivant les régions, enfin ici le diagnostic a pu être facilité par l'examen bactériologique.

Je reconnais donc volontiers que le Docteur Zambaco a raison de nous montrer que:

1. Le diagnostic de la lèpre n'est pas facile.
2. Que cette affection a été souvent méconnue.
3. Que l'éxamen bactériologique lui a fait quelquefois défaut, ce que nous pouvons affirmer par nos propres observations.
4. Qu'il éxiste des lèpres, dont les caractères cliniques tendent à s'identifier avec ceux de la syringomyélie.

Ces arguments sont d'une très haute valeur pour identifier, pour confondre cliniquement, mais non bactériologiquement ces différentes affections.

Je serais certes, comme clinicien, un uniciste comme lui pour certains de ces cas rares et atypiques mais je reste dualiste bactériologiquement parlant pour les cas spécifiés par l'autopsie. Cas très rares toutefois.

Là où le docteur Zambaco n'avait pas suffisament raison, c'est quand il soutenait, dans son précédent mémoire, qu'il faisait fi du bacille de la lèpre et montrait sa tendance à condenser toutes les manifestasions syringomyéliques sous la dénomination de lèpres dégénérées.

J'ai toujours eu une grande admiration pour ses qualités de clinicien remarquable. Je vois avec joie les modifications évolutives de ses opinions plus en rapport avec les faits d'observation avec les

recherches bactériologiques et qui tranchent avec ses affirmations passées, trop abruptes, trop absolues (voir la Lèpre ambulante à Constantinople).

Il faut par le temps qui court nous défier du magister dixit et chercher à prouver qu'on se met au diapason de toutes les investigations qui pourraient éclairer l'observateur dans certaines affirmations, trop précipitées.

Comme clinicien j'admets, avec notre distingué confrère le docteur Zambaco, les difficultés, l'impossibilité dans le diagnostic de certains cas de lèpre.

Nous admettons le syndrôme syringomyélique pouvant exister dans d'autres altérations du système nerveux que la lèpre anesthésique.

Nous croyons à la possibilité du syndrôme Morvan avec une altération même des seuls nerfs périphériques (Pitres de Bordeaux).

Nous ajoutons que nous n'avons pas pu trouver dans 4 à 5 cas de sclérodermie de traces de bacilles, ce qui n'infirmerait pas la possibilité d'une sclérodermie de provenance lépreuse.

Enfin si des lésions peri-épendymaires éxistent dans la lèpre nerveuse comme dans la syringomyélie, celles-ci ne justifieraient pas l'indentité de ces deux affections.

Nous pouvons apporter des observations multiples de syringomyélie, avec pièces microscopiques, existence de cavités, absence de bacille, qui, par ce fait, constitueraient des caractères bactériologiques distinctifs et confirmatifs de l'entité morbide syringomyélie.

Par contre, dans certains cas rares, confondus ou méconnus, ou difficilement différenciés cliniquement, on a pu affirmer la nature lépreuse à syndrôme syringomyélique qu'à l'autopsie; cela est vrai pour certains cas, comme ceux de Souza-Martens et Danielssen.

J'ajoute que l'école de la Salpétrière avec Charcot avait été trop exclusive quand elle prétendait que l'anesthésie dissociée, quand elle se présentait sous la forme de l'analgésie et de la thermo-anesthésie, avec intégrité de la sensibilité tactile était une manifestation pathognomonique de la syringomyélie.

Nos observations nous portent à nous associer à l'opinion du professeur Raymond, qui, moins affirmatif que son maître, admet que la dissociation de la sensibilité (analgésie et thermo-anesthésie) est un signe de grande valeur pour présumer une syringomyélie.

Le lecteur pourrait trouver une ample moisson dans les leçons cliniques du professeur Raymond qui admet difficultés cliniques dans le diagnostic différentiel de la lèpre, de la maladie de Morvan, de la syringomyélie; quelquefois celle-ci se traduit par un polymorphisme symptomatique dans certains cas atypiques; cette affection peut toutefois conserver ses caractères propres avec ses manifestations habituelles:

A. De troubles trophiques et vaso-moteurs.

B. De troubles sensitifs qui se résumeraient dans une dissociation tout-à-fait caractéristique de la sensibilité, en même temps que des douleurs.

C. Une déviation de la colonne vertébrale et

D. anatomiquement par la présence de lésions cavitaires dans la moelle et même le bulbe.

Ces lésions cavitaires seraient le résultat ultime de deux processus principaux, la gliomatose, qui consiste essentiellement dans une hypertrophie des éléments de la névroglie, et la myélitepériépendymaire.

Pour finir le chapitre „Anatomiepathologique" serait-ce impossible de soutenir que des maladies infectieuses peuvent produire des processus identiques quant aux lésions cavitaires et différents par leurs microbes distincts?

La voie éxpérimentale est trop limitée pour nous confirmer dans cette hypothèse, car le germe morbifique agit à la longue et lentement, d'où les différences dans les lésions éxpérimentales, qui restent pour ainsi dire à l'état naissant.

Permettez-moi, Messieurs, de vous résumer un mémoire fait en commun avec le docteur G. Marinesco, notre élève et à son tour notre maître, dans toutes les questions délicates de névropathologie. Ce travail a été communiqué à la société médicale des hôpitaux dans la séance du 16 Juillet 1897 et est intitulé: „Des rapports de la lèpre avec la syringomyélie et la maladie de Morvan".

Cette question est entrée dans une nouvelle phase depuis les recherches récentes de Zambaco, qui a voulu identifier ces trois affections. D'autres auteurs, au contraire, comme Hoffmann, Charcot, Marestang, ont soutenu la théorie dualiste. Nous nous proposons de reprendre cette question au triple point de vue clinique, anatomique, et pathogénique. Mais nous examinerons tout particulièrement le côté clinique; car ainsi que nous croyons pouvoir le démontrer, la clinique permet, à elle seule, dans beaucoup de cas, de faire le diagnostic entre la lèpre et la syringomyélie.

C'est l'existence de certains phénomènes n'existant pas dans la syringomyélie qui nous permet de faire le diagnostic de la lèpre et vice versa.

Tout d'abord on rencontre, dans un bon nombre de cas de lèpre, un masque spécial accompagné ou non de diplégie faciale, — celle-ci ayant les caractères des paralysies périphériques, — masque qui n'a pas encore été signalé dans les cas de syringomyélie.

La paralysie intéresse de préférence les muscles superficiels; elle n'atteint pas au même degré les deux moitiés de la face. L'atrophie progressive de ces muscles associée à la paralysie contribue à modifier l'expression de la physionomie et lui donne un cachet tout spécial, le masque de la lèpre anesthésique, déjà décrit par Danielssen et Boeck, Poncet (de Cluny), Leloir. Chez certains malades on observe, en outre, la disparition des sourcils et d'une grande partie des cils. Dans la syringomyélie, où on n'observe d'ailleurs que très rarement la paralysie faciale, celle-ci se présente avec les caractères des paralysies centrales, c'est-à-dire que le facial supérieur est intact ou à peu prés intact.

Les mains, dans la lèpre, présentent trois modalités spéciales, que nous pourrions grouper de la manière suivante:

1. Type syringomyélitique, qui résulte de l'association d'atrophies musculaires du type Aran-Duchenne avec des troubles de la sensibilité plus ou moins semblables à ceux qu'on observe dans la syringomyélie.

2. Type Morvan qui, au point de vue symptomatologique, se rapproche de celui qu'on rencontre dans le syndrome syringomyélique, connu sous le nom de maladie de Morvan.

3. Type special qui appartient d'après nous, à la lèpre. La main dans ce type, a déjà été vue par certains auteurs, comme Leloir, qui lui avait donné le nom de patte d'ours. Il est vrai que cet auteur ne pouvait pas comprendre l'importance de la valeur séméiologique de cette main, la syringomyélie à cette époque n'étant pas encore décrite.

Les deux premiers types de main peuvent se rencontrer dans la syringomyélie. Nous ne connaissons pas encore de signes cliniques qui puissent nous permettre de faire le diagnostic entre la syringomyélie et la lèpre, seulement d'après les caractères de la main.



Fig. 2. Déformation des doigts qui sont courts et gros; main en griffe. Amputations spontanées des deux dernières phalanges.

Il n'en est pas de même pour le troisième type dont la présence, nous l'avons dit, suffit pour exclure la syringomyélie. Voici les caractères principaux de cette main: (voir fig. 2, 3, 4 et 5).

Les doigts sont habituellement courts à cause de l'atrophie de la dernière phalange. La direction des doigts ne se continue pas avec celle des métacarpiens; mais ils sont quelquefois déviés vers le côté cubital de la main.

Leur volume n'est pas uniforme, le bout des doigts étant le plus souvent atrophié et coiffé d'un morceau d'ongle déformé. De plus, les doigts présentent un ou plusieurs anneaux cicatriciels que produisent sur eux des étranglements.

Si l'on vient à imprimer des mouvements à ces doigts on constate qu'ils jouissent d'une mobidité anormale, qu'ils opposent très peu



Fig. 3. Lèpre anesthésique. Déformation des doigts. Patte d'ours. Rétraction de la peau avec strangulations annulaires. Déviation cubitale. Doigts courts et gros avec déformation unguéale.



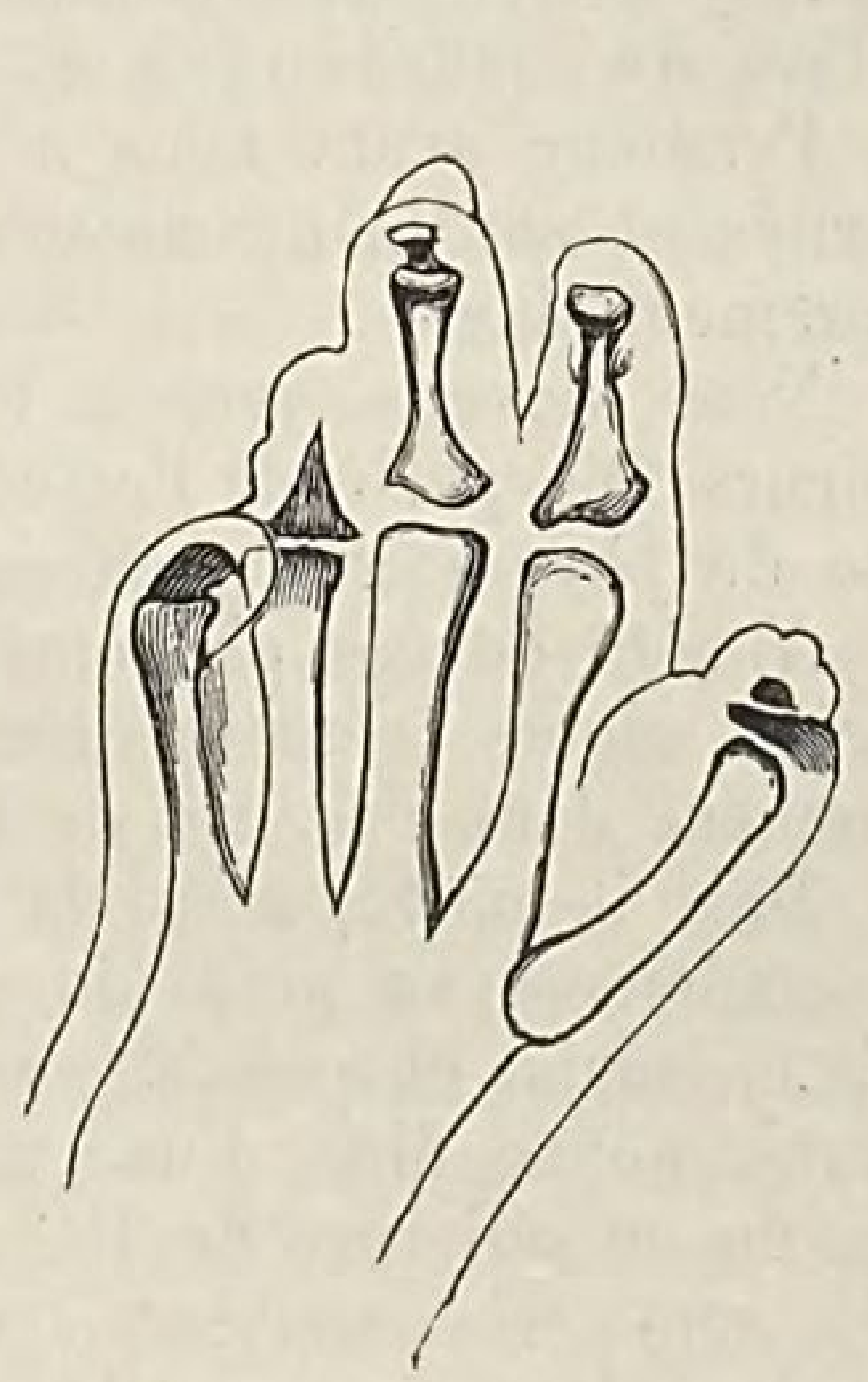


Fig. 4. Lèpre anesthésique. Comparez le squelette avec celui de la main normale. Dans le sqnelette de la main d'un lépreux nous voyons par la radiographie la disparition des deux dernières phalanges du 4. et 5. doigts. — Amincissement et atrophies des phalanges. Résorption des phalanges terminales. Fractures spontanées.

Fig. 5. Lèpre anesthésique. On trouve ici comme dans le No. 4, l'altération des deux dernières phalanges et des déformations des trois pour le 1,, le 4. et 5. doigts; il en reste desimples nodules.

de résistance et qu'on peut les ployer dans différentes directions. De plus, le squelette même des doigts semble avoir une consistance moindre qu'à l'état normal. La radiographie, appliquée à l'étude de cette main, nous explique la raison des particularités qu'elle présente. En effet l'atrophie de l'extrémité des doigts dépend de l'atrophie très considérable ou même de la disparition des deux dernières phalanges, surtout de la dernière. En outre, de l'amincissement de la phalangette et de la phalangine, on voit des fractures spontanées. Les os fracturés sont très atrophiés et les fragments séparés par une distance plus ou moins considérable.

La radiographie nous enseigne, d'autre part, que la cause de ces anneaux cicatriciels que nous avons signalés réside dans la fracture et la résorption des phalanges terminales. On voit des doigts dont l'extrémité est privée de squelette et où il existe un anneau cicatriciel circulaire.

Le mécanisme des mutilations de cette main lépreuse est le suivant:

A la suite des troubles de nutrition des os, dus aux altérations nerveuses, il se produit une véritable ostéomalacie par résorption des sels calcaires. Puis les os s'atrophient et se fracturent au point où la résistance est la plus faible. Les doigts n'étant plus soutenus par le squelette, se dévient et par suite de la formation des anneaux cicatriciels, le bout des doigts, y compris l'ongle, s'atrophie et finit par disparaître.

Il y a donc une relation étroite entre l'atrophie des os, la fracture des phalanges et la formation des anneaux cicatriciels.

Personne avant nous n'avait attiré l'attention sur ces particularités et sur le mécanisme des déformations de la main lépreuse proprement dite.

Nous devons avouer cependant que Leloir et Marestang ont plusieurs fois parlé de l'ostéomalacie qui existerait dans la main appelée patte de phoque groenlandais.

A côté de ces phénomènes positifs dans la lèpre, il faut ajouter certains signes négatifs comme la scoliose que nous avons cherchée vainement dans des cas de lèpre nerveuse.

Mais il existe, entre la syringomyélie et la lèpre, des différences, non seulement au point de vue de l'état du membre supérieur et de la face, mais encore au point de vue des membres inférieurs. On pourrait même dire, d'une manière générale, que les membres inférieurs, en ce qui regarde les troubles trophiques et la sensibilité, sont très souvent touchés dans la lèpre nerveuse, tandis que, dans la syringomyélie, ces troubles font défaut dans beaucoup de cas.

Parmi les troubles trophiques des membres inférieurs, nous devons noter l'atrophie musculaire; celle-ci se localise parfois surtout dans le domaine des extenseurs, ce qui fait que certains de ces malades steppent.

La présence du pied varus et même la transformation du pied en un veritable pilon, symptômes qui n'ont pas encore été à notre connaissance rencontrés dans la syringomyélie, constituent des

phénoménes très importants au point de vue du diagnostic différentiel.

En outre, nous trouvons dans la lèpre, avec une fréquence très grande, l'ulcère perforant de la face plantaire.

Comme signes négatifs, il est bon de remarquer que les réflexes tendineux des membres inférieurs sont habituellement diminués dans la lèpre et habituellement exagérés dans la syringomyelie, ce qui prouve que le siège principal de ces deux affections est tout différent.

Au point de vue du début, il y a lieu d'admettre une différence entre la lèpre et la syringomyélie, parceque la lèpre debute très souvent avec de la fièvre, de l'hyperesthésie des membres et des exanthèmes. Bien plus, la lèpre systématisée nerveuse est si souvent précédée d'un exanthème maculeux que certains auteurs, entre autres Hansen, ont proposé de remplacer le mot de lèpre anesthésique par celui de lèpre maculeuse. Malgré l'importance que ces différents symptomes peuvent avoir, nous devons avouer que leur valeur est relative, attendu que l'on peut rencontrer — il est vrai, assez rarement — dans la syringomyélie des troubles de pigmentation qui pourraient simuler cette éruption maculeuse. Au début de la syringomyélie il peut également y avoir des douleurs; mais personne n'a encore mentionné l'existence de la fièvre dans les premiers jours de la maladie.

Les troubles de la sensibilité constituent un élément précieux de diagnostic. Ils diffèrent de ceux de la syringomyélie au point de vue de leur topographie et de leur qualité. Tout d'abord, il est rare, il est même exceptionnel de voir dans la lèpre des troubles sensitifs au niveau du tronc.

Aux membres, ces troubles sensitifs sont très variables comme topographie. Quelquefois ils se présentent sous forme de plaques d'anesthésie, plaques qui siègent à côté de régions complètement intacts.

D'autres fois, éventualité assez fréquente, ils intéressent des segments de membres à limite supérieure très souvent irrégulière ou bien une partie de ces segments sous la forme d'une bande plus ou moins étroite et dont le contour n'est pas rectiligne. L'anesthésie lépreuse ne correspond pas exactement à la distribution d'un nerf cutané, elle est toujours plus diffuse et empiète sur le domaine de plusieurs branches nerveuses. Ceci nous explique pourquoi on trouve sur des régions anesthésiques des surfaces plus ou moins grandes, de forme irrégulière, qui sont restées sensibles. Tandis que la dissociation dite syringomyélique est relativement très fréquente dans la gliose périépendymaire, elle est assez rare dans la lèpre. Mais on trouve dans cette dernière affection une autre forme de dissociation, c'est la perte de la sensibilité tactile avec conservation de la sensibilité douloureuse et thermique. Du reste, la sensibilité tactile est très souvent émoussée dans la lèpre; nous avons trouvé cependant un cas de lèpre avec dissociation syringomyélique. Le sens stéréognostique est également altéré.

En ce qui concerne le côté anatomopathologique de la question qui nous occupe, on peut adopter encore aujourd'hui la formule ad-

mise par certains auteurs, comme Leloir, Marestang, Schultze, Hoffmann, Lähr, d'après laquelle la lèpre est réductible à une névrite périphérique. En effet, c'est là la lésion constante, c'est à elle que l'on doit attribuer les symptomes principaux de la lèpre, c'est à-dire les troubles trophiques, comme l'atrophie musculaire, les désordres cutanés ou osseux, et les troubles sensitifs.

C'est une névrite interstitielle, avec localisation principale dans le tissu conjonctif des nerfs, dont les vaisseaux lymphatiques renferment une grande quantité de bacilles de la lèpre. Cela ne veut pas dire que les centres nerveux ne soient pas touchés; du reste, dans leur migration lente mais progressive, les bacilles de la lèpre atteignent les centres nerveux, fait qui a été démontré par Chassiotis, Babes et Kalindéro, qui ont trouvé le bacille de Hansen dans les cellules de ganglions spinaux et dans celles de la corne antérieure. Toutefois ces lésions jouent un rôle secondaire dans l'histoire clinique de la lèpre. Il existe cependant un document anatomique, publié par Souza-Martins, Camara-Pestana et Bettencourt, et qui constituerait une preuve de grande valeur en faveur de la théorie uniciste de Zambaco. Ces auteurs ont trouvé en effet dans un cas présentant cliniquement tous les symptômes de la syringomyélie, des bacilles de la lèpre dans les cavités syringomyéliques de la moelle.

Mais à côté de cet unique fait positif, dont on n'a pas le droit de nier la valeur, combien de faits négatifs.

L'un de nous a cherché à plusieurs reprises, mais en vain, l'existence du bacille de Hansen dans le processus de gliose de la syringomyélie et dans un cas de maladie de Morvan. D'autre part la plupart des auteurs n'ont pas trouvé dans la moelle des lépreux des lésions syringomyélitiques. Donc si dans des cas de lèpre justifiés par la clinique, l'anatomie pathologique et la bactériologie, il n'existe pas de lésions caractérisant la syringomyélie, il est exagéré d'admettre que la lèpre et la syringomyélie constituent une même affection. Ni la clinique, ni la bactériologie ne sanctionnent cette formule. Tout dernièrement Lähr, de son côté, arrivait à la même conclusion.

Nous arrivons enfin à la partie bactériologique de la question qui constituerait dans l'espèce le criterium le plus essentiel. Mais ici comme ailleurs il faut tenir compte des faits positifs. La présence du bacille de Hansen confirme d'une manière absolue l'existence de la lèpre. Ainsi nous avons eu l'occasion de voir récemment une malade chez laquelle l'ensemble des symptômes nous avait fait porter le diagnostic de lèpre, l'examen d'une portion de la peau du doigt mutilé ne nous a pas révélé l'existence du bacille de Hansen.

Néanmoins, nous n'avons pas hésité à maintenir le diagnostic que nous avions formulé auparavant.

Sans nier l'importance de la recherche du bacille de Hansen, il ne faut donc pas conclure de son absence à l'absence de la lèpre.

Ce n'est qu'après des recherches patientes et répétées comme dans le cas du professeur Pruss qu'on peut trouver le bacille de Hansen, soit dans le sang, soit dans le liquide des vésicatoires. (procédé de Kalindéro.) Il arrive parfois que l'on ne trouve pas

du premier coup le bacille, et si l'on voulait se borner à un seul examen, on serait obligé d'abandonner le diagnostic de lèpre, en négligeant les données de la clinique. Aussi, pensons-nous qu'il faut avant tout tenir compte de l'ensemble des phénomènes qui dans beaucoup de cas, nous conduisent, nous autorisent même à formuler le diagnostic de la lèpre nerveuse.

Parmi ces symptômes, les uns ont une importance capitale, comme le masque lépreux, le type de main que nous appelons lépreuse, les troubles de sensibilité qui, dans certains cas, nous facilitent singulièrement le diagnostic; de plus, les troubles trophiques des membres inférieurs, et l'absence des réflexes confirment le diagnostic de lèpre.

Ce mémoire insiste, comme vous voyez, sur certains caractères qui pourraient, dans certains cas atypiques, faciliter le diagnostic différentiel entre ces trois maladies; la patte d'ours se trouve dessinée dans l'atlas de Mr. Zambaco, (Les lépreux ambulants de Constantinople) mais aucun de ces observateurs n'a tiré profit de la forme de cette patte, comme indice distinctif entre ces trois affections.

Les altérations des phalanges dans la lèpre, qui se traduisent par des fractures spontanées, ne ressemblent nullement aux lésions de ces os telles qu'on les trouve dans la syringomyélie et la maladie de Morvan et qui se traduisent par une usure plutôt de l'extrémité des phalanges; nos reproductions photographiques, nos dessins mêmes et surtout les projections vous pourront facilement convaincre de la réalité de cette assertion venant de nous. (Voir fig. 6, 7, 8.)



Fig. 6. Maladie de Morvan. Panaris avec usure et déformation des doigts.

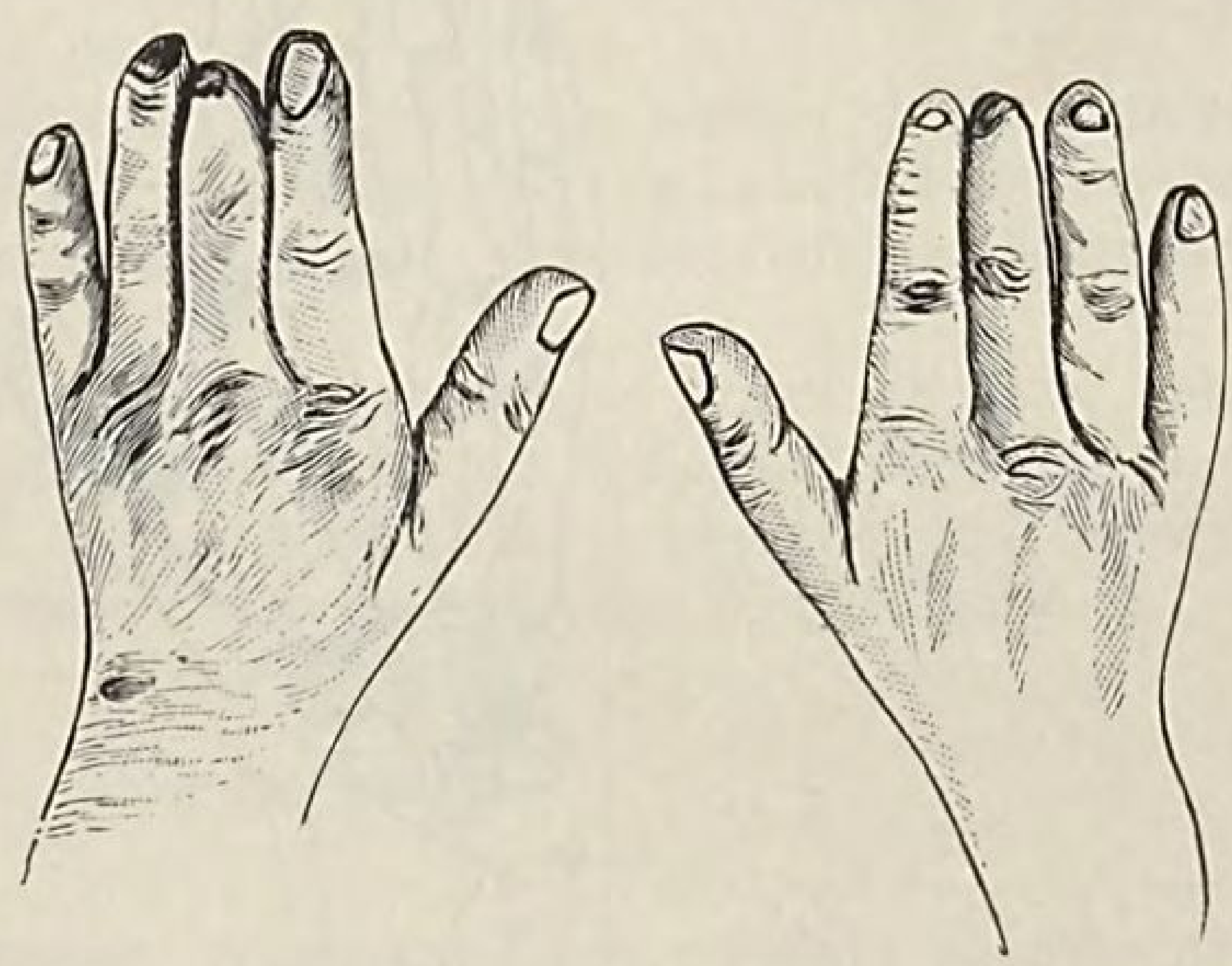


Fig. 7. Sclérodermie. Différence dans la déformation avec les deux premiers types (patte d'ours, mal. de Morvan).

J'ajoute à cela que dans un avenir, plus ou moins prochain, nous avons l'intention de faire une étude sur le dermographisme dans la lèpre, pouvant servir au diagnostic de celle-ci avec d'autres états névropathiques.

Enfin, Messieurs, j'arrive à un moyen simple, humain, l'emploi du vésicatoire dans le diagnostic de la lèpre, et je vous renvoie, quant à sa technique, à mes mémoires de 1889 et 1892.

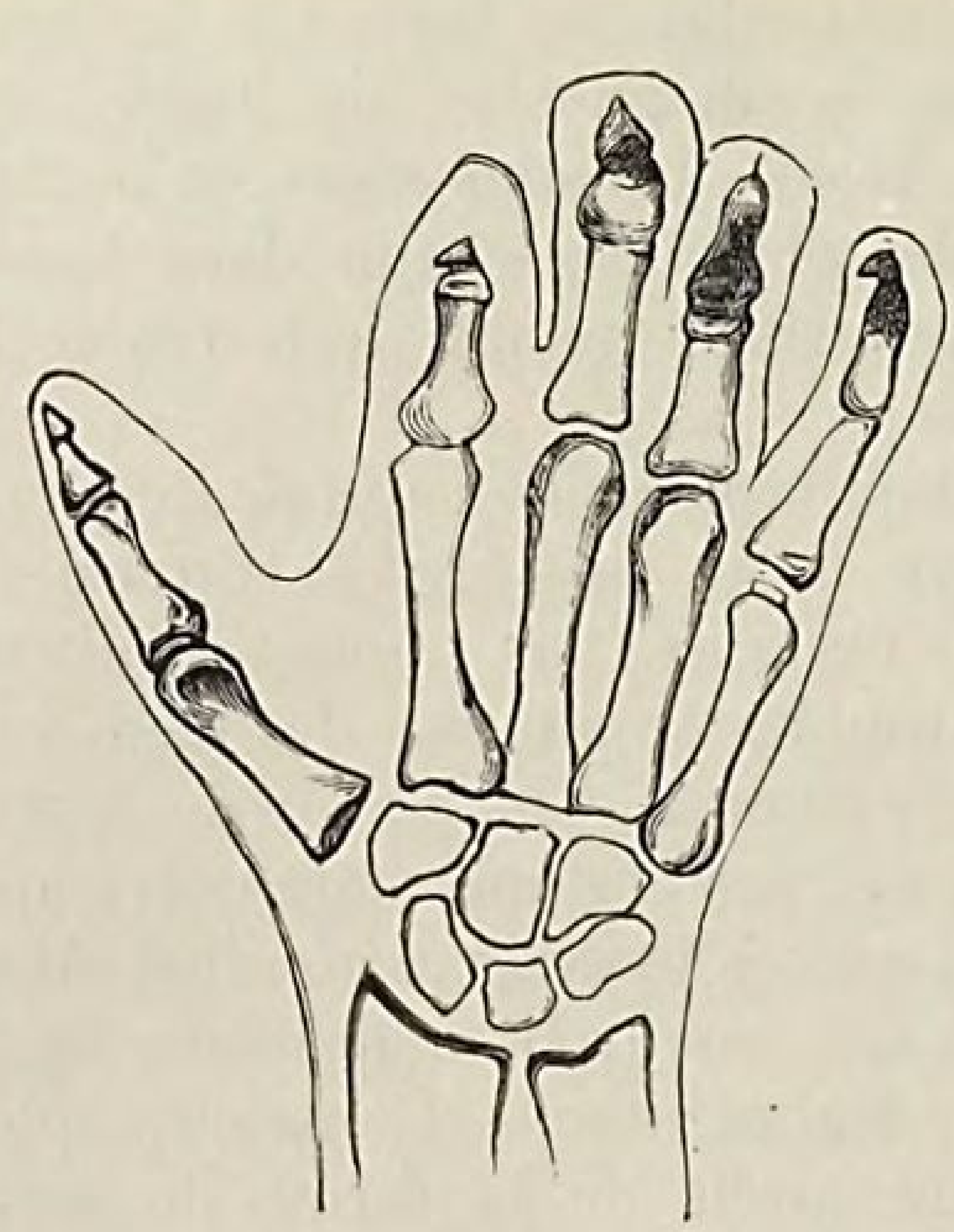


Fig. 8. Maladie de Morvan. Par comparaison aves les fig. 4, 5 et 10 il ressort la différence dans l'altération des doigts dans les deux affections.

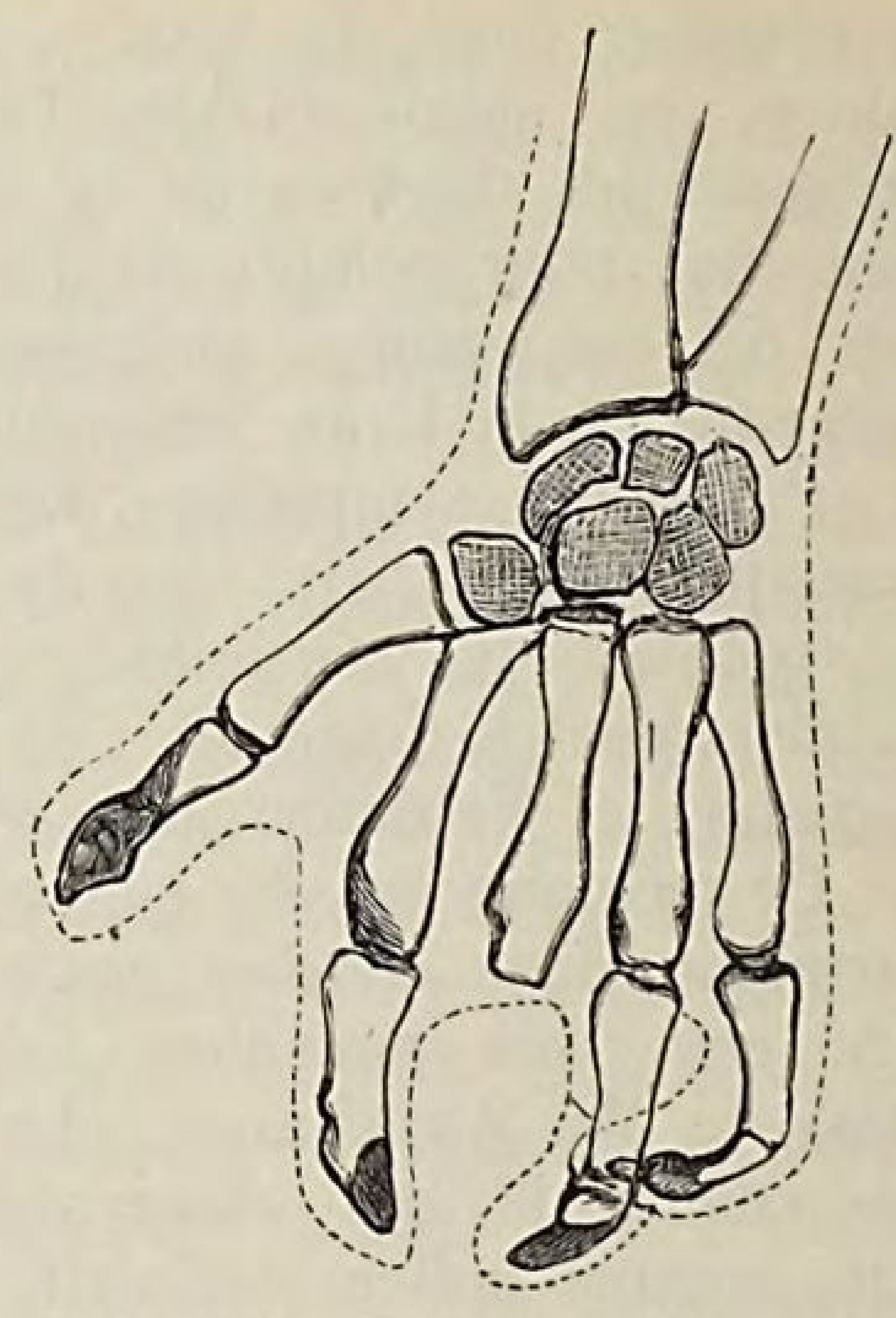


Fig. 9. Maladie de Morvan. Même observation.

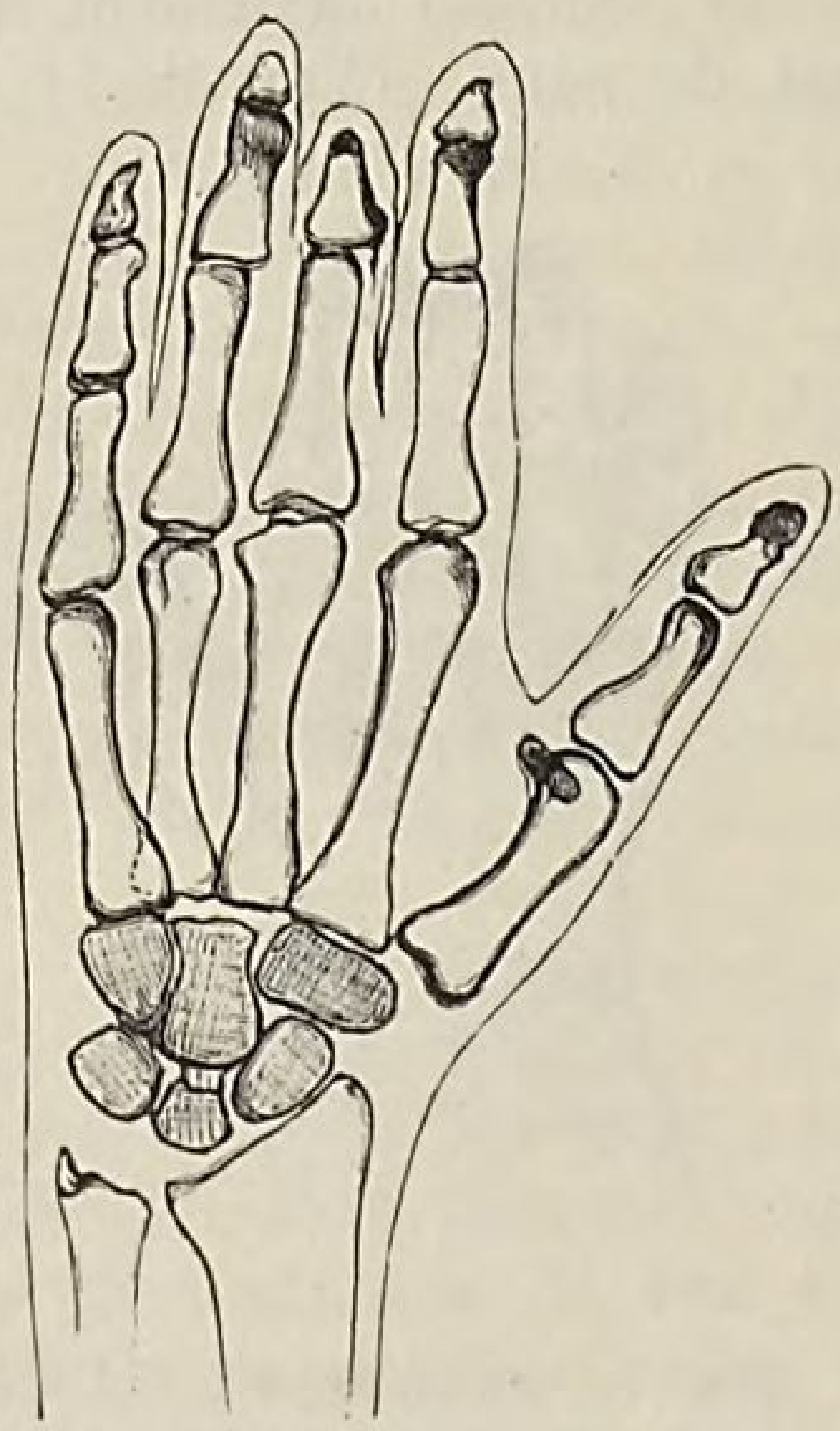


Fig. 10. Sclérodermie. Altération sans déformation ni fracture.

Certes je n'insiste pas sur ce moyen par simple sentiment de paternité, mais pour mieux nous rappeler les principes qui nous ont été inculqués par notre cher maître, le grand clinicien Velpeau[1]), qui ne cessait de nous répéter:

1) Je suis heureux de compléter ici mon cher ami et maître, Mr. le professeur Felix Guyon, qui, dans la biographie du prof. Velpeau, n'a pas suffisament insisté sur l'indépendance de caractère de notre illustre maître; ce dernier, décoré

„Mes enfants, en chirurgie toute solution de continuité de la peau peut être le point de départ d'un accident et la mort du malade peut s'en suivre."

Si cette vérité était vraie de son temps, elle est malheureusement encore vraie aujourd'hui, malgré tous les moyens d'antisepsie dont nous disposons.

Monsieur le docteur Kremnitz, notre collègue à l'hôpital Brancovano, a été prié par nous de nous enlever une portion de peau chez un lépreux; les moyens antiseptiques n'ont pu arrêter, dans ce cas, une infection et le malade est mort à la suite de cette petite opération.

Le respect que je porte à mon prochain, surtout quand il s'agit de l'interêt que nous devons porter à ces malheureux internés dans les services hospitaliers, me porte à vous recommander ce moyen d'investigation, précieux dans beaucoup de cas.

Permettez-moi de vous résumer un travail fait à cet égard par Mr. le professeur Petrini (de Galatz) qui ne paraissait nullement disposé en notre faveur et à nous soutenir dans notre manière de voir; voilà ce qu'il dit: „Le professeur Kalindéro n'a pas cru nécessaire d'insister sur ce nombre restreint de bacilles qu'on trouve dans la lèpre, ce qui fait qu'on est toujours obligé, pour s'assurer de la présence de ce bacille dans le pus produit par les vésicatoires, d'examiner souvent un grand nombre de préparations. Je dirai donc, que par ce procédé, on arrive quelque fois à mettre en évidence le bacille dans la lèpre systématisée nerveuse, mais il faut avoir de la patience et du temps pour ce genre de recherches."

Faut-il pour cela recourir à l'ablation d'une section de la peau de son prochain pour mieux établir son diagnostic, en faisant fi de moyens très simples, qui pourraient nous conduire, très souvent, au diagnostic d'un cas de lèpre atypique.

La conscience de l'honnête Velpeau, de ce grand clinicien, notre malheureux cas, nous seront toujours présents à l'esprit pour que nous nous servions de l'emploi du vésicatoire, à moins que son insuccès ne nous porte à nous adresser à d'autres moyens d'investigations.

Conclusion.

En résumé:

1. Il existe un syndrôme syringomyélique pouvant appartenir à plusieurs états morbides nerveux.
2. La lèpre peut se présenter avec ce syndrôme.
3. La syringomyélie, entité morbide de Schultze, a droit de domicile dans notre pathologie, avec ses symptômes propres

par le roi Louis-Philippe, répondit à l'aide de camp qui lui apportait les insignes de la Légion d'honneur:

„Vous remercierez, Monsieur, Sa Majesté, de ma part et vous lui direz que je saurai toujours l'apprécier à sa juste valeur" Cette notice servira de trait d'union entre le prof. F. Guyon et moi, car nour sommes tous les deux les élèves de ce grand chirurgien.

ou quelquefois polymorphes, avec ses altérations cavitaires caractéristiques mais sans le bacille de Hansen.

4. On peut rencontrer, mais très rarement, il est vrai, des lèpres anesthésiques avec le syndrôme syringomyélique, avec des altérations variées de l'axe médullaire nerveux, quelque fois même avec des altérations cavitaires, mais se caractérisant surtout par la présence du bacille.
5. A notre époque, riche en moyens d'investigation, il faut s'interdire de procéder par affirmations non justifiées et nos recherches radiographiques nous conduisant à des altérations des phalanges, particulières dans la lèpre, se traduisant par des fractures spontanées de ces os et nullement par simple usure comme on le voit dans la syringomyélie et la maladie de Morvan constitueraient, avec d'autres manifestations symptomatiques, des caractères cliniques précieux, pouvant distinguer ces trois maladies entre elles.
6. La présence du bacille de Hansen constitue, je le répète, le caractère anatomopathologique essentiel entre ces différentes affections nerveuses, à type syringomyélique, à moins qu'on ne puisse nous convaincre que ce bacille pourrait être à un moment donné résorbé ou disparu du système nerveux médullaire.
7. Nos cas de sclérodermie ne nous portent pas à croire qu'il y ait une identité entre cette affection et la lèpre. — Nous ne nous refusons pas toutefois de reconnaître que dans la lèpre il peut exister des troubles trophonévrotiques qui se traduiraient par une sclérose de la peau.
8. L'aïnhum, affection congénitale, disai-je dans ma communication de 1892, pourrait dépendre de la lèpre, si l'on trouvait le bacille lépreux dans cette affection; sa nature serait alors définitivement reconnue et par cela même l'idée d'hérédité définitivement établie, l'aïnhum ne serait qu'une lèpre congénitale incontestable.

Je termine, Messieurs, en soutenant que pour le moment on doit conserver le bacille, ce signe pathognomonique, constant, inéluctable, comme constituant un caractère distinctif, essentiel, entre la lèpre anesthésique et d'autres affections nerveuses; il serait le facteur indispensable, actif et déterminant, ainsi que le soutient Hansen luimême.

Il n'a jamais fait défaut dans les cas, suivis d'autopsie, de lèpre nerveuse; il est regrettable que ces nécropsies, impossibles en Turquie, ne puissent pas bactériologiquement confirmer Mr. Zambaco d'une manière définitive dans ses affirmations.

Je puis rester cliniquement uniciste avec mon très distingué confrère et dans des cas très rares, il faut l'avouer.

Je ne puis cependant pas me départir de l'idée dualiste du moment ou le bacille est absent et qu'il peut nous servir de caractère distinctif entre la lèpre anesthésique et les autres affections à syndrôme syringomyélique.

J'ai trop d'admiration pour le grand talent d'observateur du docteur Zambaco, pour sa valeur de clinicien hors ligne pour que je ne trouve pas une excuse auprès de lui si j'ai terminé ce mémoire, par des expressions tirées de son texte, et qui sont ici le contraire de sa pensée et de ses conclusions.

J'invoque le nom de notre cher ami, Constantin Paul, notre trait d'union, pour qu'il nous serve de lien dans l'avenir tout en discourant sur les questions qui peuvent nous diviser pour le moment mais qui pourraient nous rapprocher plus tard.

Des Troubles sensitifs dans la Lèpre.

Par

. **M. E. Jeanselme** (Paris).

Je n'ai pas l'intention de vous décrire par le menu les troubles sensitifs si variés qu'on peut observer dans le cours de la lèpre. Je ne mentionnerai qu'incidemment les douleurs et les autres troubles dysesthésiques qui sont si fréquents à toutes les phases de cette maladie. J'insisterai particulièrement sur l'anesthésie, signe capital auquel les auteurs modernes n'ont pas accordé à mon avis toute l'attention qu'il mérite.

Sans doute il n'y a pas de description de la lèpre, qui ne contienne un chapitre consacré à l'anesthésie, sans doute quelques-uns des traits caractéristiques de cette dernière ont été déja signalés, et M. Schlesinger en Allemagne, U. Babinski et M. Chauffard en France, ont récemment insisté avec raison sur la dissociation plus ou moins complète de la sensibilité chez les lépreux. Mais la repartition de cette anesthésie a été quelque peu négligée. Or c'est selon moi le caractère qui prime tous les autres, car la séméiotique peut en tirer le plus grand profit pour établir le diagnostic différentiel entre la lèpre et les affections qui la simule.

Je crois donc qu'il est utile de reprendre cette étude, et pour la mener à bonne fin, j'ai recueilli une centaine de schémas de sensibilité sur vingt-cinq lépreux hospitalisés dans les divers services de St. Louis. Bien que ces malades aient contracté la lèpre dans les contrées les plus diverses (Antilles, Venezuéla, Brésil, Guyane, Indes anglaises, Ile de la Sonde, Italie, Bretagne, etc.) et qu'ils offrent en ce qui concerne les troubles sensitifs quelques différences de detail imputables aux conditions météreologiques et aux autres influences locales des divers foyers lépreux, ils présentent dans leurs traits genéraux la plus grande similitude. Ce sont les recherches qui découlent de ces recherches que je vais vous exposer.

Des poussées éruptives d'aspect varié, des modifications multiples

1) Je prie mon maître Mr. le Dr. Hallopeau, qui a mis à ma disposition les matériaux dont son service est ci abondamment pourvu en a qui concerne la lèpre, d'agréer mes plus vifs remerciments. Je désire témoigner aussi ma reconnaissance aux autre médecins de l'hospital St. Louis, MMr. E. Besnier, Danlos, Du Castel, Fournier et Tenneson, qui m'ont autorisé à recueillir des observation dans leurs services.

de la sensibilité, tels sont les deux traits cliniques qui donnent à la lèpre une physiognomie toute spéciale. Suivant que l'une ou l'autre de ces manifestations prédominent ou qu'elles se montrent en proportion sensiblement égale, la lèpre est dite tégumentaire, systématisée nerveuse ou mixte. Mais quelle que soit la forme que revête la lèpre, l'anesthésie occupe toujours dans le tableau symptomatique une place importante et souvent même le premier plan.

J'aurai donc a envisager l'anesthésie dans deux conditions bien distinctes: A. Quand elle est liée à une éruption. B. Quand elle est indépendante de toute manifestation tégumentaire.

A. Anesthésie superposée aux éléments éruptives.

Il n'est pas rare que les efflorescences cutanées soient précédées de prodromes d'intensité variable. Certains lépreux sont tourmentés, peu avant la sortie de l'éruption, par des démangeaisons extrêmement vives qui persistent pendant un temps plus ou moins long: Ordinairement le grattage n'amène aucun soulagement. Chez d'autres patients, ce sont des douleurs pongitives.

Quant les taches et les tubercules se sont développés, on observe à leur niveau des troubles sensitifs d'une importance capitale. Mais ces altérations de la sensibilité sont inconstantes, elles peuvent manquer sur certains élements, en particulier sur ceux du type érythémateux. Une hyperesthésie passagère au niveau des taches et des tubercules ou dans leur voisinage immédiat, peut précéder l'anesthésie qui est toujours le symptôme dominant et durable. Quelque fois sur des points forts rapprochés on relève la coëxistence de l'hyperesthésie et de l'anesthésie. Chez quelques sujets il n'y a aucune correlation apparente entre l'éruption et les plaques d'insensibilité. Mais si l'on fait abstraction de ces cas, en somme exceptionnels, on doit reconnaître que l'anesthésie au niveau des léprides existe chez le plus grand nombre des malades.

La sensibilité peut être abolie dans tous ses modes, ce qui est très rare, ou bien l'anesthésie est dissociée, certaines formes de la sensibilité subsistant encore, tandisque les autres ont disparu.

Chez un homme atteint de lèpre depuis quinze mois, que j'ai examiné en pleine poussée maculeuse, l'exploration de la sensibilité au niveau des taches m'a donné les resultats suivants: La sensibilité tactile recherchée par la méthode du pinceau est abolie. Mais si le frôlement se transforme en frottement, si l'on exerce la moindre pression sur la tache interrogée, le malade accuse une sensation nette quoique émoussée et modifiée en qualité ainsi une friction au papier de verre n'est nullement douloureuse. La piqûre superficielle n'est pas perçue, mais aussitôt que l'épingle pénètre plus avant dans le derme, la sensation devient assez nette.

Un corp chaud ou un morceau de glace appliqué sur les taches donne d'abord une simple impression de contact; mais si l'on continue l'expérence, la sensation de froid ou de chaleur finit par être ressentie faiblement et après un très grand retard. Dans quelques points et surtout quand au lieu d'employer la

glace on se sert d'un corps modérément froid, le malade se trompe et accuse une sensation de chaleur au niveau de la plaque. J'ai très souvent constaté ces perversions termiques dans les différentes formes de la lèpre. La sensibilité au courant faradique est très diminuée. Le malade supporte des courants de grande intensité sans éprouver aucune douleur. De plus entre le moment où le pinceau électrique est appliqué sur la peau et celui où la sensation devient nette il s'écoule un interval de temps très appréciable. En fin la sensation n'atteint pas d'emblée son maximum, elle gagne progressivement en netteté pendant vingt à trente secondes.

Chez ce malade outre les plaques en pleine activité il en existe une en voie de régression, sur celles-ci les trouales sensitifs, quoique très evidents, sont beaucoup moins accentués. Ils disparaitront peut-être complètement car l'anesthésie n'est pas toujours définitive.

Chez un autre malade lépreux depuis cinq ans, qui présentait également une éruption maculeuse, mais en voie d'extinction, j'ai observé des résultats très comparables aux précédents. Seulement comme cet homme était entré plus avant dans la lèpre à l'anesthésie superposée aux macules s'ajoutait une anesthésie des extrémités sans connexion ancune avec les manifestions éruptives. Le tact, normal sur la plupart des éléments, était légèrement émoussé sur quelques-uns et il existait au niveau de ces derniers une modification qualitative de la sensibilité car le simple contact était près pour un simple chatouillement. Il n'y avait pas à proprement parler d'analgésie, la piqûre la plus superficielle était perçue cependant en faisant porter alternativement l'excitation sur les taches et sur la peau saine, on arrivait à reconnaître par comparaison un affaiblissement de la sensibilité douloureuse au niveau des macules; quant à la sensibilité thermique, qu'il s'agit du chaud ou du froid, elle était profondément altérée bien que nulle part elle ne fut abolie. Souvent la notion de température n'était acquise qu'après un long retard.

Comme troisième et dernier exemple je choisis le cas d'un homme dont la peau est recouverte d'une éruption tuberculeuse très floride. Sur aucun élément la sensibilité tactile n'est modifiée au niveau de la plupart des tubercules et des nappes d'infiltration lépromateuses, ainsi que sur les îlots de peau saine inscrits dans un anneau formé par la coalescence d'éléments nodulaires, il n'existe qu'une légère demarcation de la sensibilité à la piqûre. La thermo-anesthésique au contraire est très prononcée: un morceau de glace ou un tube rempli d'eau à 70 ° ne donne sur beaucoup de tubercules qu'une sensation tactile. Sur d'autres éléments la notion de température n'est pas abolie, mais il existe une perversion qui doit faire présager la prochaine extinction de la sensibilité thermique. Cette perversion peut n'exister que pour le froid ou pour le chaud isolément ou pour tous les deux simultanément. Ainsi sur quelques tubercules la chaleur est bien perçue, tandisque la glace n'éveille pas la sensation de froid. En appliquant alternativement sur un même point, à de courts intervals, un corps chaud et un corps froid on peut raviver momentanément le sens thermique. Des examens que je viens de rapporter et de beaucoup d'autres que je crois inutile de transcrire se dégage un fait à peu près constant:

à savoir l'abolition ou l'altération profondes de la sensibilité thermique contrastant avec l'intégrité plus ou moins complète de la sensibilité tactile. Je crois donc qu'on peut formuler la loi suivante: Les troubles sensitifs observés au niveau des manifestations éruptives de la lèpre affectent le type de la dissociation parfaite ou imparfaite.

B. Anesthésie indépendante des manifestations éruptives (anesthésie névritique).

Elle est toujors annoncée des signes avant-coureurs. Parmi ceux-ci, les uns n'ont ancun lieu direct et nécessaire avec les troubles sensitifs mais il dénote un trouble profond des fonctions vaso-motrices, sécrétoires ou trophiques du système nerveux; tels sont l'état cyanotique des extrémités, la chûte générale des poils et la suppression des sueurs sur le territoire cutané qui sera bientôt occupé par l'anesthésie. Les autres prodrômes, qui par leur ensemble constituent la phase hyperesthésique de la névrite lépreuse, expriment la souffrance des conducteurs nerveux en voie de désorganisation. Cette névrite peut avoir un début franc, elle l'accompagne alors de frissons d'accès fébriles irréguliers, de tramées érythémateuses sur le trajet des troncs nerveux tuméfiés et d'engorgements ganglionnaires, a cette forme bruyante que j'ai observé plusieurs fois mais qui parait rare, j'opposerai la forme apyrétique et lente qui est assurément plus fréquente. Elle se manifeste par des troubles sensitifs d'une infinie variété. Nombre de lépreux sont tourmentés à cette période par des démangeaisons extrèmement vives auxquelles le grattage n'apporte aucun soulagement. D'autres se plaignent de fourmillements, de picotements, de douleurs lancinantes, d'une sensation d'onglée limitée aux mains et aux pieds. Quelques-uns accusent des douleurs vagues, péri-articulaires, à caractère rhumatoïde, ou au contraire des douleurs fixes, tenaces, profondes situées dans la continuité des membres. Plusieurs lépreux soumis à mon examen avaient tout le corps et principalement les membres, sillonné par des douleurs transcurrentes qu'ils comparaient à des coups de poignard ou bien ils éprouvaient la sensation d'un courant d'eau bouillante ou glacée qui coulerait sur la peau.

Aux membres et à la face les crises de douleurs névralgiques ne sont pas rares je les ai constatées dans le domaine de distribution du trijumeau, du cubital et du sciatique. Pendant les paroxysmes les souffrances sont telles que le malade est complètement privé de sommeil.

Les régions de la peau qui correspondent aux nerfs enflammés ont une sensibilité exquise. Cette hypéresthésie qui est habituellement limitée aux membres, mais qui peut s'étendre à presque tout l'enveloppe cutanée, est parfois si violente que le moindre mouvement ou le plus leger attouchement arrache des cris au patient.

Sur un certain nombre de lépreux, alors que l'anesthésie s'est établie d'une manière définitive, il subsiste toujours quelques plaques d'hyperesthésie. Celles-ci occupent la paume des mains, la pulpe des doigts, et la plante des pieds. Il en résulte une très grande gêne dans l'accomplissement des actes qu'exigent les multiples occupations

de la vie courante, et dans ces conditions la marche devient presque impossible.

Dès le début de la phase hyperesthésique, certains troncs nerveux augmentent de volume. Cet épaississement, tantôt régulier, tantôt fusiformes ou noyeux, porte principalement sur les nerfs cubitaux et tibiaux postérieurs, parfois sur les péronniers, rarement sur les médians ou les radiaux. J'ai vu plusieurs fois les rameaux sous-cutanés des nerfs de l'avantbras ou du plexus cervical superficiel transformés en cordelettes dures et moniliformes.

L'examen du nerf cubital doit toujours être pratiqué avec le plus grand soin, car il fait souvent reconnaître une lésion, dont la valeur est presque pathognomonique. Après avoir placé l'avantbras dans la demi-flexion pour relâcher les masses musculaires, ou palpera le nerf avec la pulpe des quatre derniers doigts réunis, en évitant d'exercer une pression trop forte qui atténuerait la sensibilité tactile des doigts éxplorateurs. Cette recherche très délicate doit-être faite sur la portion du nerf contenue dans la gouttière olécranienne et sur les dix derniers centimètres de sa portion brachiale. On constate souvent par ce procédé que le tronc nerveux a le volume d'un doigt et qu'il porte des nodosités échelonnées de distance en distance sur sa continuité. Souvent le ganglion épitrochléen augmenté de volume est accolé au cubital et pourrait être pris pour un renflement du nerf, un examen superficiel. Pendant le state hyperesthésique, la palpation des nerfs atteints de névrite provoque des douleurs vides qui s'étendent aux doigts et aux orteils. Plus tard au contraire ces nerfs deviennent tout à fait insensibles alors qu'on les comprime très fortement et l'on ne peut plus obtenir d'irradiations dans leurs zones d'expansion périphérique.

Après un temps plus ou moins long, les diverses manifestations subjectives de la periode hyperésthésique s'amendent ou disparaissent, l'état général semble s'améliorer, mais cet apaisement qui peut faire espérer au malade une guérison prochaine, n'est que l'indice de la dégénération complète des nerfs envahis.

A intervalles irréguliers, pendant la période d'anesthésie, surviennent des recrudescences passagères d'hyperésthésie qui laissent ordinairement à leur suite une aggravation des troubles sensitifs. Surtant, après ces retours offensifs, la sensibilité peut reparaître sur de vastes surfaces auparavant occupées par l'anesthésie. Il existe des exemples incontestables de cette rétrocession dont l'interprétation échappe.

L'étude du mode de progression de l'anesthésie dans la lépre, de sa topographie et de ses altérations qualitatives m'ont permis d'établir les propositions suivantes.

1. La répartition de l'anesthésie est manifestement symétrique. — Rarement pourtant l'insensibilité débute simultanément sur les deux membres homologues; pendant un certain temps elle reste donc unilatérale, mais cette période est de courte durée et sur le membre intéressé en dernier lieu il est de règle de voir se développer une anesthésie qui reproduit fidèlement par sa distribution celle du côté opposé. De plus l'anesthésie de la lèpre est ordinairement répartie en proportions à peu près égales sur les quatre membres.

Il est même fréquent que l'anesthésie des membres inférieurs soit plus ancienne et plus étendue que celle des membres supérieurs. Dans la syringomyélie l'anesthésie présente des caractères différents; souvent asymétrique elle prédomine d'ordinaire aux membres supérieurs, ou même y siège exclusivement.

Je ne connais qu'un cas où la loi de symétrie a été en apparence en défaut: au dire du malade (car aucun examen de la sensibilité n'avait été pratiqué) l'anesthésie serait restée limitée aux membres supérieur et inférieur du côté gauche. Depuis lors, la symétrie s'est établie, bien que la sensibilité soit encore moins profondément troublée sur les membres du côté droit.

2. L'anesthésie débute au niveau de l'extrémité libre des membres et remonte graduellement vers leurs racine. — Jamais, par exemple, la main et le pied ne sont ressentis par l'anesthésie, quand l'avant-bras et la jambe sont insensibles. Jamais non plus on n'observe une zone sensible comprise entre deux régions privées de sensibilité, ou bien une anesthésie en épaulette, recouvrant la région scapulo-humérale tandis que le reste du bras est épargné. Ces diverses dispositions s'observent à montrer donc la syringomyélie.

3. L'anesthésie des parties profondes du derme est en général moins marquée que celle des parties superficielles. — A mesure que l'anesthésie progresse, elle descend de plus en plus bas dans la peau. Ainsi, sur un même sujet, une légère piqûre faite sur les régions devenues insensibles en dernier lieu, sur la cuisse ou le bras, donnera une sensation de douleur seulement émoussée; la même piqûre ne dépassant pas le corps papillaire ne sera pas perçue à l'avant bras et à la jambe, tandisque dans les mêmes régions la piqûre profonde sera douloureuse. A la main et au pied, c'est-à-dire dans les points les premiers occupés par l'anesthésie, la peau pourra être traversée de part en part sans que le malade éprouve autre chose qu'une sensation de contact. Dans de vastes étendues la peau est donc revêtue d'une sorte de manteau d'anesthésie, et l'on peut faire cheminer une aiguille horizontalement dans la portion superficielle du derme, sur plusieurs centimètres de longueur sans que le malade ressente aucune souffrance.

4. Primitivement rubanée, l'anesthésie tend à prendre dans la suite le type segmentaire. — C'est à faire la preuve de cette affirmation que je m'attarderai le plus longtemps, cas de la forme et de la disposition de zones insensibles on peut tirer des notions d'une grande importance au point de vue séméiologique.

Au membre supérieur, l'anesthésie intéresse d'abord le petit doigt, le bord cubital de la main, et déssiore à la partie postéro-interne du membre une longue bande qui remonte à une hauteur variable, souvent jusqu'au coude, quelquefois jusqu'à l'aisselle dont la sensibilité reste toujours intacte.

Au membre inférieur, l'anesthésie frappe d'abord le gros orteil et le bord interne du pied, fréquemment aussi son bord externe. A la même époque, une longue bande d'anesthésie commençant au bas de la jambe ou sur le pied s'élève graduellement sur le versant

externe du membre et atteint le genou, le milieu de la cuisse ou même la région trochantérienne sur laquelle elle s'étale en raquette.

Si l'anesthésie se maintenait dans ces limites, entre la lèpre et la syringomyélie, aucune confusion ne serait possible, et par ce simple signe le diagnostic différentiel pourrait être aisément établi. Mais il en va tout autrement. Le type rubané du début se déform assez rapidement et revèt par gradation insensible le type segmeetaire.

L'anesthésie aux excrètements limitée à l'auriculaire au début, gagne les autres doigts dans un ordre déterminé, envahissant successivement l'annulaire, le médius, l'index et le pouce. Sur la région métacarpienne, l'anesthésie se propage aussi en allant du bord cubital vers le bord radial. Finalement la main toute entière est gantée d'anesthésie. Mais il subsiste très fréquemment dans le creux palmaire un espace arrondi, du diamètre d'une pièce de cinq francs, au niveau duquel la sensibilité est restée parfaite ou n'est que fort peu émoussée. Souvent aussi la pulpe d'un ou plusieurs doigts est épargnée par l'anesthésie. Quelquefois même celle-ci respect les dernières phalanges dans toute leur circonférence. Le dessin de l'anesthésie représente alors assez fidèlement une mitaine. La conservation de la sensibilité à la pulpe des doigts et au creux palmaire est très importante. Le malade ainsi favorisé peut se livrer à des travaux délicats sans être obligé de surveiller constamment avec les yeux les mouvements de ses doigts, et il n'est pas réduit à l'inaction quand il est dans l'obscurité.

A l'avant-bras et au bras, le ruban d'anesthésie qui était d'abord minu et très net, s'élargit et recouvre peu à peu toute la demie circonférence postérieure du membre. L'anesthésie figure à cette période une gouttière ouverte en avant dont les deux lèvres vont à la rencontre l'une de l'autre et se réjoignent sur la ligne médiane de la face antérieure. Parfois la sondure est incomplète et il persiste outre les bords une trainée rubanée dont la sensibilité est encore plus ou moins intacte. Puis celle-ci est réduite à l'état de tronçons dont les débris figurent des clôts sensibles, ellipsiques et verticalement orientés.

Plus tard, ces derniers vertiges disparaissent et le membre est entièrement engainé dans un fourreau d'anesthésie. La limite supérieure du segment insensible est située à une hauteur variable. Il ne peut pas dépasser le poignet ou le tiers inférieur de l'avant bras. Presque jamais la ligne de démarcation n'est parfaitement circulaire et dans un plan perpendiculaire à l'axe du membre. Elle est ordinairement elliptique et coupe en écharpe les faces latérales, l'anesthésie remontant plus haut en arrière qu'en avant. De plus, au niveau de cette ligne qui est souvent mouvementée, échancrée et capricieuse, la sensibilité parfaite ne tourne pas brusquement à l'anesthésie; il existe toujours une manchette de transition, haute de dix à quinze centimètres entre les parties sensibles et insensibles. Quand l'anesthésie recouvre l'épaule, elle est souvent bornée par deux lignes verticales, parallèles aux bords antérieur et postérieur du deltoïde, qui se confondent par leur extrémité supérieure en coupant la clavicule à l'union de son tiers externe avec ses deux tiers internes. L'anesthésie peut aussi aborder sur la région scapulaire où elle figure une sorte

de raquette, et diffuser sur la peau qui soulève le relief des pectoraux. Fait important à noter, jamais l'anesthésie du membre supérieur, quand elle gagne le thorax, n'est limitée par des lignes d'une précision géométrique. Elle offre au contraire des contours arrondis et diffus. Il est souvent difficile de les indiquer, même approximativement, car l'anesthésie brachiale peut se continuer insensiblement avec celle du trou.

Aux membres inférieurs l'évolution est exactement la même: de rubanée qu'elle était primitivement, l'anesthésie devient plus tard segmentaire. Les divers rubans situés le long des bords externe et interne du pied s'élargissent et arrivent à se fusionner sur les faces dorsale et plantaire. Le pied est alors chaussé d'une bottine anesthésique qui remonte plus ou moins haut. On observe souvent au pied la conservation de la sensibilité sur quelques-uns des orteils et sur une face inconscrite occupant le centre de la surface plantaire. C'est une disposition tout à fait comparable à celle que j'ai décrite à la main.

Pendant que la fusion des diverses bandes d'anesthésie se poursuit au pied, sur le reste du membre la bande externe s'élargit. Celle-ci gagne plus rapidement la face postérieure que la face antérieure, de sorte que pendant longtemps l'anesthésie est limitée au versant postéro-externe du membre. Plus tard la gouttière anesthésique se complète, et il ne subsiste entre ses lèvres qu'une bande sensible située à la partie antéro-interne du membre. Celle-ci finit elle-même par disparaître, laissant parfois comme vertige de la séparation primitive quelques placards situés ordinairement près de la racine de la cuisse, à sa partie interne.

L'anesthésie segmentaire ne peut pas remonter au delà des chevilles ou du bas de la jambe; elle peut au contraire dépasser le genou et remonter jusqu'à la racine du membre. Comme au bras, la ligne de démarcation est souvent irrégulière et le retour de la sensibilité sans transition brusque.

Quand l'anesthésie recouvre la totalité du membre inférieur, elle laisse ordinairement, en avant, au-dessous du pli de l'aine une zone de quatre à cinq centimètres au niveau de la quelle la sensibilité est peu altérée. En arrière et en haut, l'anesthésie se termine en raquette qui couvre le versant postéro-externe des fesses. Souvent les deux raquettes se fusionnent sur la ligne médiane, il en résulte une vaste nappe d'insensibilité qui se perd dans l'anesthésie de la région lombo-dorsale ou qui est limitée par une courbe à convexité supérieure située à la hauteur de la crête iliaque.

5. L'anesthésie segmentaire de la lèpre diffère par ses caractères essentiels de l'anesthésie segmentaire de la syringomyélie. — Soit par l'observation attentive des malades, soit par les renseignements qu'ils fournissent sur les premières phases de l'anesthésie, on arrive à cette conviction que la période segmentaire a été précédée d'une période pendant laquelle l'insensibilité était de forme rubanée. C'est ce qui apparaît avec une grande netteté sur quelques-uns de ces schémas; au niveau des bandes primitives l'anesthésie est absolue et comme elle est moins profonde sur le reste du membre,

l'étude méthodique de la sensibilité met en évidence ces bandes d'anesthésie ancienne mal dissimulées sous l'anesthésie segmentaire de date plus récente.

Telle est, d'après l'ensemble de mes schémas, la topographie de l'anesthésie lépreuse. Les très rares exceptions que je vais signaler ne me paraissent pas infirmer les règles précédentes ni même amoindrir leur portée générale. A deux des vingt-cinq lépreux que j'ai examinés, la limite supérieure de l'anesthésie segmentaire était marquée par une ligne d'une régularité géométrique et à son niveau l'anesthésie faisait brusquemment place à la sensibilité parfaite comme dans les formes les plus typiques de la syringomyélie. Sur tout le segment insensible, l'anesthésie était d'une intensité uniforme, on ne pouvait y reconnaître aucune trace de la disposition rubanée primitive. Pourtant le diagnostic de la lèpre ne serait pas resté incertain, alors même qu'il aurait dû être porté par le seul examen des troubles sensitifs, car la netteté de la ligne de démarcation n'existait que pour la sensibilité tactile, elle affectait pour les autres modalités sensitives la forme et les caractères qu'elle possède habituellement dans la lèpre. De plus il était facile de retrouver la disposition rubanée sur d'autres parties du corps où l'anesthésie était moins ancienne.

J'inclinerais donc à croire que l'anesthésie rubanée a une valeur pathognomonique, si Max Laehr n'avait pas publié récemment, dans les Archives de Westphal, un mémoire très documenté dans lequel il soutient que dans la syringomyélie et les autres affections centrales de la moelle, l'anesthésie au niveau des membres est disposée sous forme de trainées comme dans le cas de lésion des racines postérieures. [1])

Toutefois entre ces rubans d'anesthésie, et ceux qu'on observe dans la lèpre je relève des différences notables. Les bandes de la syringomyélie occupent indifférement le côté externe ou interne du bras, les faces antérieure ou postérieure de la jambe. Or, dans la lèpre, les bandes insensibles ont un véritable siège d'élection qui est au membre supérieur le bord interne, au membre inférieur la face externe.

Max Laehr fait la remarque que les bandes de la syringomyélie arrivent toujours jusqu'à la ligne médiane antérieure et postérieure du corps en décrivant autour du tronc ou du cou une sorte de Zona. Quand deux bandes sont situées symétriquement à la même hauteur, elles se confondent en avant et en arrière du tronc qu'elles enserrent dans un anneau anesthésique. Rien de semblable ne s'observe dans la lèpre; les bandes anesthésiques n'atteignent pas la ligne médiane du corps; à la phase segmentaire seulement, on peut voir de vastes nappes d'anesthésie diffuse qui réunissent les deux membres homologues.

Enfin, si j'en juge par les schémas 1 et 2 du travail de Laehr qui correspondent à deux examens faits sur le même malade à un an d'intervalle, les bandes de la syringomyélie progressent, au moins dans certains cas, en allant de la racine du membre vers son extrémité libre, alors que dans la lèpre les rubans croissent toujours par l'extrémité dirigée vers la ligne médiane du corps.

1) Max Laehr, Archiv f. Psychiatrie u. s. w. Bd. XVIII. 1896. S. 773—874.

6. Dans la lèpre l'anesthésie de la face et du tronc, sans être rare, est moins fréquente qu'aux membres. Elle ne dessine pas un masque ou une verte à limites nettes autour du corps. — Je ne connais, comme exception à cette règle que le cas de lèpre publié ici même par M. Chauffard en 1892. L'anesthésie recouvrait toute la surface cutanée comprise entre deux plans presque horizontaux, l'inférieur passant immédiatement au-dessous des aisselles, le supérieur coupant le cuir chevelu à peu de distance de son sommet, de manière à séparer du reste de la tête une calotte sincipitale au niveau de laquelle la sensibilité était intacte. L'anesthésie occupait donc les membres supérieurs, le haut du thorax, le cou et l'extrémité céphalique moins son sommet. Sur tout ce vaste territoire cutané la thermo-analgésie existait à l'état de pureté; à peine trouvait-on un peu d'anesthésie tactile par le dos de la main droite. Les extrémités inférieures ne présentaient aucune trace d'insensibilité. La distribution tout à fait anormale des troubles sensitifs et la dissociation presque parfaite de la sensibilité m'avaient fait penser tout d'abord que dans ce cas l'hystérie s'était superposée à la lèpre. Mais M. Chauffard qui a examiné son malade à ce point de vue croit devoir rejeter l'adjonction de la névrose.

7. Il est rare, tout au moins au début, que les divers modes de la sensibilité soient simultanément abolis. — Les sensibilités thermique et douloureuse paraissent être alles qui sont la premières altérées. En tout cas elles disparaissent beaucoup plus vite que la sensibilité tactile. Souvent une brûlure ou une plaie d'une indolence absolue est le signe révélateur de la lèpre. Cette précocité de la thermo-analgésie explique le désaccord frappant qui existe entre les schémas des diverses sensibilités pris sur un même malade. Tandisque la topographie rubanée est encore évidente pour le tact, elle est déjà défigurée ou elle a même complètement disparu pour les autres modalités de la sensibilité compromise les premières. Aussi, au point de vue du diagnostic, c'est l'anesthésie tactile qui fournit les renseignements les plus utiles car seule elle a conservé encore sa configuration caractéristique à une époque avancée de la lèpre.

Comme l'anesthésie dans son ensemble progresse de l'extrémité libre vers la racine des membres, la dissociation plus ou moins parfaite de la sensibilité est encore constatable sur les bras et les cuisses alorsque déjà toutes formes de la sensibilité sont abolies aux mains et aux pieds.

Quant à la sensation de pression elle survit fort longtemps. Mais pour éviter toute confusion entre celle-ci et la sensibilité tactile, il est nécessaire que l'exploration soit faite avec le pinceau. Faute de prendre cette précaution, on s'expose à des erreurs dont la plus fréquente consiste à admettre une dissociation de la sensibilité dans des régions ou elle n'existe pas.

Quant à la notion de position des membres, elle persiste presque indéfiniment. Je ne l'ai vu manquer que dans des points très limités, au niveau d'un doigt par exemple.

8. Si l'on applique et maintient pendant un certain temps un corps froid ou chaud sur des régions peu sensibles, il est

fréquent que le malade accuse une double sensation: il reconnaît immédiatement le contact, puis après un retard de cinq à huit secondes, il perçoit une sensation thermique affaiblie. — Cet asynchronisme thermo-tactile, si j'ose ainsi parler, n'est que l'exagération d'un phénomène physiologique, car à l'état normal les sensations tactiles et thermiques ne sont pas exactement synchrones. Si ce phénomène de la double sensation dans la lèpre a passé jusqu'ici inaperçu bien que son existence soit à peu près constante, c'est qu'il n'occupe souvent que des points très circonscrits et ne peut-être alors déceler qu'après une recherche attentive.

Peut-être ce curieux dédoublement de la sensibilité est-il l'indice d'une altération de la substance grise centrale de la moelle, et celà d'autant plus que ce même phénomène existe aussi dans la syringomyélie comme j'ai pu m'en convaincre. Mais sans faire d'hypothèse à ce sujet, je me contenterai de préciser les conditions nécessaires à la réalisation de ce symptôme.

Il existe dans les régions où la sensibilité tactile est encore peu altérée, tandisque la sensibilité thermique est déjà très compromise. C'est en quelque sorte le contrôleur de cette loi: Plus une sensibilité est altérée, plus la perception est lente à se produire. L'absence de synchronisme indique donc qu'au point exploré la sensibilité thermique est sur le point de disparaître. On conçoit que ce signe soit fréquent dans la lèpre et la syringomyélie, puisque dans ces deux affections les troubles thermiques l'importent de beaucoup sur l'anesthésie tactile. Le nombre de secondes qui s'écoulent entre la perception du contact et la perception de la température, exprime pour ainsi dire en chiffres le degré d'altération de la sensibilité thermique.

9. Dans la lèpre, les perversions sensitives ne sont pas rares. — L'application d'un corps froid peut donner une sensation de chaleur, l'inverse s'observe aussi. Une simple piqûre peut-être suivie d'une sensation qui persiste pendant un temps relativement fort long. Le phénomène de la sommation est souvent des plus net: des excitations réitérées au même point finissent par réveiller la sensibilité qu'on aurait pu croire tout d'abord complètement éteinte.

De même que l'aphasique peut rapprendre à parler, l'anesthésique peut rapprendre à sentir. Mais cette réduction de la sensibilité est toujours fort incomplète. Les malades intelligents reconnaissent à certains indices la nature de l'excitation produite, aussi leurs réponses trahissent l'absence de perceptions précises. „Celà doit être chaud" disent-ils, et non pas „celà est chaud".

10. Le malade précise mal le siège de l'excitation. — Entre le point interrogé et le point où la sensibilité est faussement extériosé, il existe un écart qui mesure souvent dix à quinze centimètres. Ordinairement la sensation est reportée au dessus du point exploré.

Les divers troubles paresthésiques, perversions et erreurs de localisation, indiquent que la sensibilité déjà fort altérée va définitivement s'éteindre.

11. L'anesthésie n'est pas circonscrite dans des limites immuables. — Elle comprend deux zones bien distinctes. L'une fixe, qui correspond aux régions les premières et les plus profondé-

ment atteintes dans leur sensibilité, est le résultat de lésions matérielles du système nerveux; l'autre mobile est peut-être causée par un simple trouble fonctionnel des éléments sensitifs.

Cette dernière, au niveau de laquelle la sensibilité est frappée de stupeur et non pas éteinte, varie en étendue d'un jour à l'autre dans des proportions surprenantes. Après un long examen qui surexite le malade, après des tentatives de traitement qui l'ont suggestionné, ou bien après une séance de faradisation cutanée avec le pinceau électrique, la zone mobile se réduit au minimum.

Outre la rétrocession produite par ces causes qui agissent par sommation, on peut voir la sensibilité se rétablir d'une manière plus ou moins durable sur de vastes territoires auparavant anesthésiés. Généralement cette reviviscence de la sensibilité est précédée d'un retour de l'hyperesthésie.

12. L'anesthésie n'occupe pas la zone de distribution périphérique d'un tronc nerveux. — Ainsi l'anesthésie embande, située sur le bord interne du membre supérieure intéressé, à la main les rameaux du cubital, à l'avant bras les filets du brachial cutané interne, et à la partie supérieure du bras des branches de son accessoire. Par contre, ce ruban répond assez exactement au territoire de la huitième racine cervicale et de la première dorsale d'après le schéma de Starr. Ceci me porte à penser que les névrites périphériques, d'ailleurs incontestables, ne sont pas tout dans la lèpre, et que la disposition rubanée pourrait être commandée par des lésions radiculo-spinales.

De la description précédente il ressort que l'anesthésie dans la lèpre et dans la syringomyélie offrent de nombreux points de ressemblance. Pourtant — et tout en faisant des réserves au sujet des cas de lèpre frustes que je n'ai pas été à même d'étudier suffisamment — je pense que ces deux affections se distinguent l'une de l'autre, en ce qui concerne la sensibilité, par des caractères importants.

a) L'anesthésie de la lèpre est toujours symétrique, d'abord rubanée, segmentaire dans la suite, imparfaitement dissociée et d'intensité graduellement décroissante en allant de la superficie de la peau vers la profondeur et de l'éxtrémité libre des membres vers leur racine.

b) L'anesthésie de la syringomyélie est souvent asymétrique, presque toujours segmentaire d'emblée, en général parfaitement dissociée et séparée par une limite brusque des régions sensibles sur et sous-jacentes.

Recherches anatomo-pathologiques et bactériologiques sur les taches érythémato-pigmentées de la lèpre.

Par

J. Darier (Paris).

Les taches ou macules constituent un des symptômes les plus fréquents de la lèpre; très souvent elles sont la première manifestation objective de la maladie, quelle qu'en doive être ultérieurement la forme, tuberculeuse, anesthésique, ou mixte; elles peuvent persister ou reparaître à un moment quelconque de la vie du lépreux; assez souvent elles jouent, pendant quelque temps tout au moins, un rôle si prédominant dans la scène morbide que d'excellents auteurs ont admis l'existence d'une forme maculeuse de la lèpre.

Ces taches ont reçu des noms très divers: léprides maculeuses, taches érythémateuses, pigmentaires, dyschromiques (alphos, leucé, melas), érythémato-pigmentaires, circinées, anesthésiques, morphées lépreuses, neuro-léprides, etc. Cette riche nomenclature est en rapport avec l'infinie variété d'aspect, de forme, de couleur, avec le polymorphisme vraiment remarquable de ces efflorescences.

Sans vouloir en tracer une description complète qui a été faite maintes fois de main de maître, je veux insister seulement ici sur cette grande diversité de leurs caractères.

I.

Les taches peuvent avoir toute dimension depuis l'étendue d'une lentille, d'une pièce de monnaie, à celle de la main, ou occuper une bonne partie de la face, du tronc, ou un segment de membre tout entier.

Parfois il n'y en a qu'une, ou un très petit nombre; habituellement elles sont multiples; quelquefois elles forment une éruption presque généralisée.

Elles siègent en un point quelconque des téguments; si l'on peut noter une certaine prédilection ce serait pour la partie supérieure de la face, pour le côté d'extension des membres, pour le dos et surtout pour les fesses; plusieurs auteurs ont été frappés de l'existence de ce

foyer fessier des macules. Assez souvent un certain degré de symétrie, d'ailleurs imparfaite, préside à leur distribution.

Leur forme, assez souvent ronde ou ovalaire, est parfois polycyclique ou irrégulière, géographique, défiant toute comparaison; rarement elles sont disposées en bandes, mais fréquemment au contraire elles dessinent des cercles, ou arcs de cercle, ou anneaux; les formes marginées, ou circinées ou gyratées sont en effet assez communes.

Des différences plus importantes sont relatives à la couleur des taches. A cet égard il faut distinguer deux éléments qui interviennent pour les constituer: l'élément hyperémique ou sanguin et l'élément pigmentaire, hyperchromique ou hypochromique. La plupart des léprologues se sont efforcés de décrire à part les taches hyperémiques ou érythémateuses et les taches dyschromiques ou pigmentaires. Cette division est un peu artificielle et ne me semble pas répondre à une réalité objective tranchée. En effet la coloration des taches varie dans une gamme qui s'étend du rose pâle et du jaunâtre, au rouge brique et au brun noirâtre, avec mélange de taches achromiques, tout à fait blanches, parfois.

Les taches d'un rose clair, de la couleur d'un érythème quelconque ou de la roséole syphilitique, s'observent surtout au début des poussées; j'en ai eu sous les yeux plusieurs exemples. Presque toujours ces taches, purement congestives, qui disparaissent entièrement sous la pression du doigt, ne tardent pas, à moins qu'elles ne disparaissent en quelques jours, à se charger de pigment, deviennent plus ou moins jambonnées, ou rouge brique, ou chamois; il n'est pas rare de voir le centre pâlir tandis que la périphérie se teinte de fauve ou de brun; d'où un aspect assez caractéristique de macules zonées, à centre blanc, bordure brune ou fumée, parfois avec un liseré externe de couleur rosée. La coalescence de plusieurs de ces macules, de grandeur diverse, donne à la peau une teinte bigarrée singulière et vraiment révélatrice; vers les extrémités des membres les taches se confondent communément avec l'oedème bronzé ou cyanotique des mains et des pieds.

Je viens de parler des macules blanches ou espaces décolorés qui peuvent apparaître sur les taches érythémato-pigmentées; il est douteux que ces macules blanches (leucé) puissent apparaître primitivement sur la peau saine. Mais il est certain, et j'ai pu le constater personellement, qu'il y a des taches pigmentaires d'emblée, sans érythème antécédent; elles sont habituellement de petites dimensions, à contours sinueux, de couleur café au lait ou bronzée, analogues à des éphélides ou au pityriasis versicolor. Dans la suite elles prennent souvent une teinte plus sombre, une configuration circinée qui ne permet plus de les distinguer des taches primitivement érythémateuses.

La surface de toutes ces taches est dans la règle plane et lisse; il n'y a pas de desquamation ou bien une furfuration à peine sensible; quelquefois l'épiderme y a un aspect gras, huileux ou très finement plissé. Les poils existent sur les taches récentes; ils sont tombés en partie sur celles qui ont une certaine durée d'existence.

Du moment qu'il s'agit de taches on ne devrait avoir à relever que des changements de coloration sans saillie ni infiltration des tégu-

ments à leur niveau. En réalité les taches qui répondent absolument à cette définition sont exceptionnelles; de plus il est réellement impossible de tracer une limite tranchée entre ces macules typiques et celles qui présentent une minime élevure et un léger degré d'infiltration de la peau; allant plus loin, on peut même dire qu'il y a toutes les formes de passage entre les taches faiblement infiltrées et celles qui présentent une saillie légère, appréciable au doigt et à la vue et une sorte d'induration pâteuse, étalée et mal limitée. Si l'on suit l'évolution des taches, on constate qu'au moment de leur apparition elles ont assez fréquemment une apparence urticarienne (érythème lépreux); cet état oedémateux du début disparaît, la tache s'aplanit, mais ultérieurement, par poussées, peut reparaître un gonflement de toute la tache ou partiellement sous forme papuleuse et cela transitoirement. Les aspects d'érythème simple, d'érythème ortié, d'érythème papuleux se trouvent ainsi réalisés. Souvent l'induration, au lieu de diminuer, persiste; c'est particulièrement au bord des taches marginées, ou sur le trajet des lignes circinées et gyratées qu'il est facile de constater cette infiltration. Dans les taches très anciennes, déprimées au centre, l'atrophie et la sclérose peuvent succéder à l'infiltration et l'on trouve alors la consistance d'une dermato-sclérose (morphea alba ou nigra).

Que cette infiltration, que je viens de dire si progressive et graduelle, puisse conduire jusqu'à la production de tubercules, ou plus exactement d'infiltration tuberculeuse, de léprome en nappe, le fait me paraît indubitable quoiqu'il ait été nié. Ce qui est exact, c'est qu'il est relativement rare, qu'il n'est pas de règle de voir les tubercules typiques se développer sur des macules, qui n'en constituent donc pas le stade initial régulier; mais il est possible, et, sur le nombre relativement restreint de lépreux que j'ai suivis, j'ai positivement constaté deux ou trois fois au moins, que sur des léprides maculeuses s'étaient produites des saillies brunâtres hémisphériques, conglomérées, bien limitées, mollasses, profondément enchassées, qui à tous égards méritaient le nom de tubercules.

Un des caractères fondamentaux des léprides maculeuses, constaté dès la plus haute antiquité et très précieux pour le diagnostic, est leur anesthésie. Ce caractère est cependant lui aussi variable; les taches peuvent avoir conservé exceptionnellement leur sensibilité, elles sont parfois hyperesthésiques au début; l'anesthésie qui est le plus ordinairement totale, pour tous les modes, peut être dissociée, pour le tact seulement, ou pour le tact et la douleur, plus ou moins absolue, plus ou moins profonde. Ce qui est surtout fréquent c'est que l'anesthésie, presque totale, ne soit pas limitée rigoureusement aux contours de la tache mais déborde irrégulièrement sur le voisinage. De plus la sensibilité peut revenir dans une tache qui a été anesthésique. Ajoutons qu'on a noté l'anidrose habituelle des macules lépreuses.

Il me reste à parler de l'évolution des taches. Tantôt elles apparaissent insidieusement à l'insu des malades, sans phénomène local ou général qui attire l'attention, et sont découvertes par hasard; tantôt leur éruption est précédée et accompagnée d'une „poussée“, c'est-à

dire de la manifestation momentanément exagérée et paroxystique de tout un ensemble de ces troubles qui constituent les symptômes prodromiques de la lèpre: fièvre durant quelques jours, avec malaise, abattement, insomnie, état saburrhal, anorexie, arthralgies, douleurs diverses, etc. Parfois alors les malades éprouvent des sensations pénibles du côté de la peau aux points atteints, ardeurs, prurit, picotements, sensations qui sont d'ailleurs de peu de durée.

Les taches une fois nées peuvent disparaître et cela en peu de jours sans laisser de trace — ou persister en présentant les modifications de couleur et d'apparence que j'ai signalée; elles peuvent ainsi se transformer en véritables lépromes néoplasiques en nappe — ou grandir un peu et confluer très lentement. Il peut s'en produire de nouvelles pendant tout le cours de la maladie.

II.

La description des léprides maculeuses telle que je viens de la donner est bien banale et certainement incomplète. Il était nécessaire cependant de la placer en tête de ce mémoire pour bien déterminer quel objet j'avais en vue et comment je l'envisage, afin d'éviter les longues descriptions au cours de mes observations personnelles. Je tenais à montrer aussi que la clinique conduit à ne voir dans les macules lépreuses qu'une série non discontinue de variétés objectives d'une même espèce dermatologique et non des types tranchés et individualisés suivant qu'il s'agit par exemple de taches érythémateuses ou de taches pigmentaires, de taches simplement congestives ou de taches plus ou moins infiltrées, etc., etc.

On va voir que l'étude histologique, que j'ai faite d'un certain nombre de ces macules, confirme tout d'abord cette manière de voir; j'ai trouvé une série continue de lésions toutes du même ordre, quoique mes cas fussent aussi dissemblables que possible au point de vue de l'ancienneté de la lésion, de la réaction cliniquement appréciable des tissus envahis, etc.

Obs. I. — Lèpre mixte à prédominance nerveuse. Taches érythémato-pigmentées récentes (6 jours).

M. V. . . ., 18 ans, Pavillon Gabrielle à l'hôpital Saint-Louis (renseignements dûs à Jeanselme).

Jeune homme de race blanche, né à Saint-Domingue où il a contracté la lèpre; une tante maternelle est lépreuse.

Début il y a 3 ans et demi par de l'anesthésie de l'auriculaire et du bord cubital de la main gauche. Puis éruptions érythémato- papuleuses successives sur la face, les avant-bras et les membres inférieurs.

Actuellement conjonctivite, rhinite avec nombreux bacilles (Jeanselme). Tubercules sur la face laryngée de l'épiglotte. Pléiades ganglionnaires dans les aines et les aisselles. Nerfs cubitaux gros et fusiformes, très durs des deux côtés, amyotrophie des mains plus marquée à gauche. Grande anesthésie complète, beaucoup plus marquée à gauche.

A la peau on note, de côté de la face, une infiltration oedémateuse d'un rose cuivré sur laquelle se détachent de petits éléments acnéiformes. Erythème desqua-

matif de couleur rose tirant sur le chamois, recouvrant toute l'étendue des quatre membres depuis leur racine à leur extrémité. Oedème cyanotique des mains; état pachydermique des jambes et des pieds. Placards maculo-érythémateux sur les régions mammaires et les régions postéro-latérales du tronc.

Ces macules ont apparu au cours d'une poussée qui s'est produite le 23 juillet 1897. La veille la température était normale, le malade ne souffrait que de sa conjonctivite. Le 23 poussée subite de fièvre à 38,6. Les jours suivants, malaise, abattement, inappétence, langue saburrhale, frissonnements, température variant de 39,8 le soir à 37,6 le matin. La fièvre persista jusqu'au 9 août. Le 24 juillet tuméfaction rosée en bande sur l'avant-bras avec cordon noueux lymphangitique (?); apparition d'une éruption papuleuse sur les membres et de macules érythémateuses sur le tronc.

Biopsie le 30 juillet 1897. — Excision d'une macule du tronc datant certainement de 6 jours seulement, d'un rose brunâtre, de surface un peu ridée, sans trace de desquamation et sans la moindre infiltration perceptible au palper.

Examen histologique. — L'épiderme est normal mais fortement chargé de pigment à sa partie inférieure. Les follicules pileux sont altérés comme dans la kératose pilaire (lichen pilaire), les glandes sébacées et sudoripares peu modifiées en elles mêmes mais comprises dans des amas de cellules d'infiltration.

Dans le derme, nappe presque continue d'infiltration cellulaire au niveau du plexus sous-papillaire; la zone immédiatement sous-épidermique est saine, à peine plus riche en cellules que normalement; la nappe sous-papillaire envoie de nombreux prolongements dans le chorion. Celui-ci montre des manchons cohérents, bien limités, allongés ou anguleux entourant les vaisseaux du derme; autour des follicules et des glomérules il y a de véritables lacs d'infiltration. Des petits nerfs sont compris également dans ces manchons ou lacs et cela excentriquement mais ne semblent pas altérés.

L'infiltration se compose en très grande prédominance de cellules conjonctives, à grands noyaux pâles oblongs, à protoplasme abondant, souvent mal limité, diffluent; en outre assez nombreuses cellules à petit noyau rond vivement coloré, à protoplasme peu abondant, ressemblant à des lymphocytes; relativement très peu de leucocytes, sauf en certains points, par exemple au fond d'un follicule où ils abondent. Peu de mastzellen; pas de cellules géantes, ni de chorioplaxes.

Le derme intermédiaire aux manchons et aux lacs a sa trame conjonctivo-élastique conservée; elle est interrompue au niveau de ceux-ci. Les cellules y sont un peu plus nombreuses et plus apparentes que dans un derme sain: ce sont des cellules conjonctives à protoplasme hypertrophié, à nombreux prolongements; souvent des groupes de ces cellules forment de petites trainées allongées ou anguleuses.

Examen bactériologique. — Sur les coupes, colorées pendant une ou deux heures par le liquide de Ziehl à chaud, décolorées par l'alcool nitrique à 1/10 et recolorées par le bleu de Löffler, on trouve des bacilles en nombre immense. Par places les nappes d'infiltration fourmillent littéralement de ces bacilles rouges (cependant, tout bien considéré, il y en a moins que dans un tubercule lépreux), ailleurs ils sont plus clairsemés. Rarement tassés en boules ou globes, on les trouve le plus souvent conglomérés en grand nombre en zooglées boudinées, nettement intercellulaires, ou bien plus ou moins disséminés; quelquefois il semble qu'ils soient compris dans des cellules quoique le fait soit plutôt exceptionnel.

Il y a des bacilles isolés ou en petits groupes jusque dans la zone saine sous-

épidermique (comme dans les lépromes tuberculeux); dans les glandes sudoripares il n'y a que des grains colorés en rouge comme des bacilles. On trouve des bacilles en assez grand nombre dans la paroi même des vaisseaux sanguins, lesquels ne sont pas thrombosés, dans l'intérieur des petits nerfs, et au voisinage des cellules hypertrophiées du derme intermédiaire, surtout là où ces cellules multipliées forment de petites traînées.

Obs. II. — Lèpre nerveuse. Taches érythémateuses (datant de deux ans).

Mme. B. . . ., 49 ans, Hôpital Saint-Louis, service du Dr. Du Castel.

Originaire de Dieppe, habite Paris depuis l'âge de 16 ans, n'a jamais quitté la France; son mari, mort alcoolique, a vécu en Amérique mais n'a pas eu la lèpre. Début en 1891 par engourdissement et douleurs dans le côté droit du corps, surtout dans la main et l'avant-bras, plus tard du côté gauche. Observée depuis 1892 par M. du Castel qui constate l'anesthésie à droite, et des poussées fréquentes de bulles. En 1893 douleurs violentes, éruption généralisée: à la face, aux oreilles, au cou, plaques érythémateuses ressemblant à l'érysipèle, quelques-unes véritablement tuberculeuses; sur les bras, le tronc et les jambes plaques érythémateuses complètement anesthésiques. Atrophie musculaire peu marquée à la main droite; nerf cubital sensible mais non accru. La malade est présentée comme cas douteux de lèpre nostras (Soc. franç. de Dermatologie, 8 avril 1893).

En 1895 les douleurs ont augmenté, l'anesthésie des extrémités est totale et absolue; atrophie musculaire et affaiblissement des mains, qui sont en griffe. Nerfs cubitaux peu tuméfiés. Face gonflée, rougeâtre, traits figés. Placards érythémateux très nombreux, de la grandeur d'un franc à celle de la main, rose vif, granités, secs, sans desquamation, quelques-uns notablementsurélevés, base indurée, épaissie (Soc. franç. de Dermat., 12 décembre 1895).

Le 2 décembre 1895, excisé le bord d'un placard rouge jaunâtre de l'avant-bras, datant de deux ans; il n'y a pas eu de poussée depuis cette époque.

Examen histologique et bactériologique (voir plus bas).

Même malade. Les lésions signalées précédemment ont persisté sans modification notable: il y a toujours des douleurs vives. Des taches nouvelles apparaissent insidieusement et à l'insu de la malade, sans qu'il y ait eu de paroxysme, de „poussée" fébrile.

Le 25 avril 1896, excisé dans le dos le bord d'une des taches relativement récentes, datant probablement d'un an, sensiblement indurée.

Examen histologique (pièce du 25 avril 1896). Épiderme sain. Papilles étalées, élargies.

Nappe continue d'infiltration cellulaire dans le corps papillaire. Cette nappe assez nettement limitée par en haut est, comme il arrive dans les lépromes, séparée de l'épiderme par une zone étroite, pauvre en cellules; par en bas sa limite est irrégulièrement festonnée, déchiquetée, avec prolongements entourant les vaisseaux, les glandes, les muscles et les poils follets.

Dans le derme, masses d'infiltration très irrégulières de forme, allongées, anguleuses, de grandeur inégale, toujours nettement limitées vis-à-vis des tissus sains. On y trouve, engainés ou plus ou moins perdus, des vaisseaux atteints de périvasculite et parfois d'endovasculite, des nerfs d'ailleurs sains, des canaux et glomérules sudoripares, des glandes sébacées, des muscles et inférieurement des cellules adipeuses.

Le derme intermédiaire n'est pas plus riche en cellules que normalement; le réseau élastique est intact. Dans les masses néoplasiques, tant sous-papillaires que profondes, les fibres élastiques n'ont disparu que par places; ailleurs elles sont conservées au beau milieu des cellules infiltrées.

L'infiltration se compose en majeure partie de cellules conjonctives à grand noyau clair, à protoplasma abondant finement granuleux ou spongieux, souvent filandreux. En outre on note un nombre important de cellules à noyau rond ou bosselé, identiques à celles du sang intravasculaire: cellules lymphatiques. Par endroits, il y a de véritables amas de leucocytes; ailleurs des groupes de plasmazellen typiques. Les mastzellen sont en nombre minime. Il n'y a pas de cellules géantes.

Examen bactériologique. — Bacilles en nombre immense, presque autant que dans n'importe quel léprome, isolés, groupés ou en conglomérats serrés. Ils semblent rarement intracellulaires, mais ordinairement sont compris dans une gloee disposée en traînées ramifiées; par places la coupe en paraît toute rouge.

Il y a des bacilles égrenés dans la zone claire et quelques-uns très rares dans l'épiderme même. Dans les canaux sudoripares, granules ou grumeaux colorés en rouge. Un nerf contient des conglomérats de bacilles; les vaisseaux n'en présentent pas dans leur lumière mais leurs tuniques jusqu'à l'endartère en renferment d'isolés en assez grande abondance. Dans un amas de leucocytes quelques rares bacilles égrenés, extracellulaires.

Examen histologique et bactériologique de la pièce du 2 décembre 1895.

Les conditions sont les mêmes que ci-dessus, avec quelques nuances seulement. L'infiltration est moins dense, moins cohérente, elle est dissociée souvent en réseaux par des bandes de tissu conjonctif muni de fibres élastiques; ses limites sont donc moins nettes. Les éléments constituants sont les mêmes. Les bacilles sont très nombreux en globes ou conglomérats. Un bon nombre de fibres élastiques présentent les réactions de l'élacine (état sénile?).

Obs. III. — Lèpre nerveuse. Éruption maculeuse érythémato-pigmentaire. Formation de tubercules secondaires.

Mog. . . ., 41 ans, Hôpital Saint-Louis, Pavillon Bazin.

Italien, né dans la province de Parme, a habité le Brésil pendant quatorze ans, de 1876 à 1890. Il y a contracté la lèpre qui s'est manifestée en 1882 par une tache érythémateuse anesthésique à la fesse droite; d'autres ont apparu consécutivement à la jambe, au front, toujours isolées et insidieusement, sans jamais de fièvre ou de phénomènes de „poussée".

En 1895, j'ai eu l'occasion de le traiter pendant plusieurs mois à la salle Alibert (service de M. le Dr. Besnier); à ce moment les taches avaient presque complètement disparu. Il s'agissait d'une forme anesthésique pure, avec douleurs dans les membres, lésions de kérato-conjontivite, atrophie testiculaire, alopécie sourcilière, atrophie des éminences thénar et hypothénar surtout à gauche, nodules lépromateux des nerfs cubitaux et du nerf auriculo-temporal au cou des deux côtés.

En mars 1897, il est pris d'abattement, d'affaiblissement, de douleurs rhumatoïdes dans les membres, sans fièvre, sans état gastrique, et voit apparaître sur la peau des bras, des avant-bras, des fesses, des cuisses et des jambes, ainsi qu'un peu sur l'abdomen, une centaine de taches congestives, très peu saillantes, ne s'ac-

compagnant d'aucune sensation locale. La plus grande partie de ces taches ont pâli et guéri; un bon nombre ont persisté, sont d'un rose chamois foncé et tout à fait anesthésiques. L'une, sur l'avant-bras gauche, est devenue saillante, s'est transformée en un groupe de tubercules jaunâtres, translucides, gros comme des demi-pois, disposés en demi-cercle.

Excision du bord d'une tache purement maculeuse, érythémato-pigmentée, nullement infiltrée, de l'avant bras, datant de six mois.

Examen histologique. — L'épiderme semble aminci, assez fortement pigmenté; poils et glandes conservés.

Manchons ou boyaux allongés ou anguleux en couche discontinue au niveau du plexus sous-papillaire avec prolongements le long des vaisseaux afférents et efférents; zone sous-épidermique saine. Dans le derme manchons bien limités par des cellules plates; les vaisseaux, nerfs et glandes y sont compris.

Ces manchons sont composés de cellules conjonctives à protoplasma hypertrophié, de cellules lymphoïdes peu nombreuses et de leucocytes en nombre notable disséminés ou réunis. Ce qu'il y a ici de particulier c'est la netteté avec laquelle on constate que certains groupes des cellules conjonctives les plus centrales de la néoplasie subissent une altération spéciale. Elle consiste en un accroissement énorme de leur protoplasma qui est comme déchiqueté sur les bords et diffluent; dans quelques-unes le noyau a pâli; ces cellules tendent à confluer sans qu'il y ait de vraies cellules géantes; mais quelques cellules très hypertrophiées contiennent des noyaux multiples (chorioplaxes).

Dans le derme intermédiaire cellules hypertrophiées en traînées.

Examen bactériologique. — Bacilles en nombre considérable dans les manchons et aussi dans les traînées intermédiaires. Ils sont en globes serrés, ou en conglomérats, ou disséminées. La majorité est probablement extracellulaire, mais il paraît manifeste que les grandes cellules hypertrophiées du centre des manchons d'infiltration en renferment dans leur protoplasma.

Obs. IV. — Lèpre maculeuse. Taches érythémato-pigmentées datant de 18 mois.

Garçon de 13 ans, hôpital Saint-Louis. Service du Dr. Hallopeau. Né au Brésil de père français sain et de mère brésilienne non lépreuse. 9 autres enfants sont vivants et sains.

Début il y a 18 mois par des taches qui ont persisté et se sont multipliées; il en existe actuellement une quarantaine de toutes dimensions surtout sur les membres. Coryza lépreux avec bacilles (Jeanselme). Oedème cyanotique des mains, sans atrophie; lépromes des nerfs cubitaux. Ichthyose des membres inférieurs. Face un peu bouffie, érythémateuse.

Sur les fesses on distingue des bandes gyratées plus pigmentaires, circonscrivant des espaces relativement achromiques et leur constituant une bordure qui est un peu mais modérément infiltrée; elle fait une saillie peu appréciable. C'est sur cette bordure qu'a porté la biopsie.

Examen histologique. — Epiderme pigmenté. Poils et glandes conservés. Zone sous-épidermique relativement saine.

Au-dessous vaste nappe d'infiltration cohérente occupant presque toute l'épaisseur du derme. Structure de n'importe quel léprome tuberculeux typique, avec seulement cette particularité que par en bas l'infiltration cohérente se continue par une sorte de réseau insinué dans les mailles du tissu conjonctivo-élastique et que

plus bas encore on trouve des manchons bien limités. Cellules comme dans un léprome.

Examen bactériologique. — Bacilles en nombre infini aussi nombreux que dans un tubercule lépreux et affectant toutes les particularités de distribution que l'on constate habituellement dans ces tubercules.

Obs. V. — Lèpre mixte ayant amené la mort. Morphée noire.

Lépreux d'une cinquantaine d'années, mort en 1887 dans le service de M. Besnier à l'hôpital Saint-Louis, profondément cachectique. Lèpre tuberculeuse et atrophique à un haut degré.

A l'autopsie je recueille sur l'avant-bras une tache atrophique, de consistance scléreuse, très fortement pigmentée, morphée nigra.

Examen histologique. — La description de cette pièce demanderait de longs développements. Je n'en veux donner que le résumé suivant:

Epiderme à couche cornée épaissie, à couches profondes pigmentées. Zone scléreuse sous épidermique; sclérose prononcée occupant le derme et le dépassant dans la région hypodermique. Réseau élastique rompu, disposé en bandes ou en lacs. Par places manchons ou lacs d'infiltration cellulaire comme dans une macule lépreuse typique; ailleurs réseaux de cellules dissociés par la sclérose. Poils et glandes conservés, pour une part tout au moins. Colossale périartérite et endartérite des vaisseaux sous dermiques réduisant la lumière d'assez grosses artères à une fente linéaire ou étoilée.

Nerfs paraissant dégénérés et engaînés de sclérose.

Examen bactériologique. — Les bacilles se colorent très mal sur cette pièce conservée dix ans dans l'alcool.

On constate pourtant leur présence en grande abondance et notamment dans les manchons d'infiltration, dans les réseaux de cellules, et surtout dans la sclérose péri-vasculaire, dans l'endartère énormément hypertrophié et dans l'intérieur des nerfs.

Obs. VI. — Lèpre mixte. Eruption de macules purement pigmentaires datant de six jours. (Renseignements fournis par M. Jeanselme.)

R., homme de 35 ans, service de M. Hallopeau.

Né en Auvergne, a pris la lèpre dans le territoire contesté entre la Guyane et le Brésil où il a demeuré quatorze ans.

Début il y a cinq ans, par éruption de taches légèrement saillantes sur la face et le tronc, se généralisant aux membres les années suivantes. En même temps un tubercule se développe sur l'oeil gauche et nécessite l'ablation de cet oeil; tubercule plus récent sur l'oeil droit.

Actuellement peau de la face bronzée, alopécie sourcilière, vestiges de tubercules aux oreilles. Taches pigmentées sur le tronc et les membres. Rhinite lépreuse. Pas d'amyotrophies. Nerf cubitaux peu volumineux. Anesthésie très étendue à disposition rubanée.

Poussée récente. Sorti en permission le 12 juillet, il rentre le 26. Dans les derniers jours qui ont précédé sa rentrée il remarque des taches de couleur sombre sur le devant de la poitrine et de l'épigastre. Elles étaient à ce moment d'nn brun clair sale, irrégulières, déchiquetées, ressemblant par leur disposition et leur couleur à la syphilide pigmentaire du cou. Pas la moindre saillie, aucune infiltration,

aucune sensation anomale. Taches analogues sur l'hypochondre gauche parsemées de petits îlots de coloration claire. Vers l'aisselle, semis de petites taches ressemblant à des éphélides; c'est la coalescence de petites taches lenticulaires de ce genre qui a formé les grandes taches présternales.

Sur toutes ces taches et débordant sur leur voisinage, anesthésie tactile évidente, diminution de la sensation de piqûre, retard et obtusion de la sensibilité au chaud et au froid.

Ces troubles sensitifs existent dans toute la région où siègent les taches, que le point examiné soit pigmenté ou non; ils existaient notamment sur la tache biopsiée.

L'éruption a paru pâlir les jours suivants; elle n'a été érythémateuse à aucun degré et à aucun moment.

Le 30 juillet 1897, excision d'une petite partie de la tache pigmentée présternale, datant de six jours environ.

Examen histologique. — L'épiderme, d'épaisseur et de structure d'ailleurs normales, est le siège d'une pigmentation très accentuée, aussi marquée que dans la peau d'un nègre; le pigment abonde surtout dans la première rangée de cellules, mais existe aussi dans les rangées subséquentes. Les poils follets et glandes sont conservés.

Dans le derme les lésions sont au premier abord à peine sensibles. Pas d'infiltration diffuse; on remarque seulement des traînées de cellules conjonctives plus nombreuses que normalement qui accompagnent les vaisseaux sanguins: comme ces vaisseaux eux-mêmes elles sont assez espacées dans le chorion, plus nombreuses dans le corps papillaire et autour des follicules et des glandes. Il n'est pas possible de constater une lésion de ces vaisseaux ou des petits nerfs compris dans les coupes. Mastzellen assez nombreuses; pas de leucocytes. Dans le corps papillaire, sous l'épiderme et notamment autour des capillaires de cette région, nombreux amas de pigment en grains inégaux, quelquefois en grains assez gros et arrondis; ce pigment est, soit dans des cellules allongées ou ramifiées, soit, assez souvent, son siège est extra-cellulaire.

Examen bactériologique. — On trouve dans toutes les coupes des bacilles assez nombreux, isolés ou plus souvent en groupes de 4 à 20 ou 25, avec leur aspect caractéristique. Il y en a dans le corps papillaire surtout et aussi dans les manchons périvasculaires plus profonds. On découvre aussi des espaces lymphatiques dilatés qui sont littéralemeut comme injectés de bacilles en nombre considérable. Quant au rapport de localisation entre les bacilles et le pigment, les préparations sont très démonstratives. Il est presque constant que les petits amas de pigment, libres ou intracellulaires, renferment des bacilles parsemés au milieu des grains de pigment. Il semble que ce soit la présence de ces bacilles qui ait provoqué la formation du pigment; ou, sinon, il faudrait que les cellules pigmentaires préexistantes aient exercé une véritable attraction sur les bacilles.

Obs. VII. — Lèpre maculeuse, datant de cinq ans.

A., 7 ans et demi, policlinique Alibert, service de M. Besnier.

Né en Guyane de père français, fonctionnaire au pénitencier, et de mère créole. Il n'y a pas d'autres enfants. Les parents son indemnes.

Début il y a cinq ans par une tache dans la région sacro-lombaire, tache qui a grandi depuis et existe encore. Depuis lors apparition insidieuse de nombreuses

taches. Il y a un mois, pendant le voyage de retour en France, il y a eu une véritable poussée de taches mais sans phénomènes généraux.

Actuellement enfant bien développé; front, joues, menton avec taches légèrement érythémateuses, très peu saillantes; un peu d'alopécie sourcilière. Pas d'amyotrophie. Oedème bronzé des mains et des pieds; renflement des nerfs cubitaux. Très nombreuses taches érythémato-pigmentées, de couleur jambon ou rouge brique, la plupart marginées, siégeant surtout sur les fesses, le pourtour des genoux, les jambes, la face postérieure des bras. Aucune de ces taches ne fait une saillie notable; la plupart présentent une infiltration légère, assez appréciable pour quelques-unes. Toutes sont complètement anesthésiques.

Biopsie, le 17 novembre 1895. — Excision d'un lambeau sur le bord de la tache sacro-lombaire datant de cinq ans; cette tache est orangée, plus pâle à son centre, très modérément infiltrée, le bord est très légèrement surélevé; elle est complètement anesthésique.

Examen histologique. — La pièce comprend le bord de la tache avec une étroite zone de peau saine, au niveau de laquelle les vaisseaux sont entourés de cellules un peu nombreuses. Brusquement au niveau du bord de la tache commencent les lésions suivantes.

1. Dans le derme, amas de cellules, coupés transversalement et arrondis, ou obliquement et ovalaires, rarement en long, mais toujours nettement circonscrits et limités; dans ces amas se voient un ou plusieurs vaisseaux sanguins, souvent excentriques, logés dans ces manchons.

2. Dans le corps papillaire, une couche presque continue et cohérente d'infiltration cellulaire; la nappe d'infiltration est limitée en haut par l'épiderme, elle gonfle et dilate les papilles: par en bas elle est limitée par une ligne festonnée avec prolongements le long des vaisseaux afférents et efférents.

L'épiderme superficiel est seulement un peu tendu et riche en pigment.

Le derme intermédiaire aux manchons a son réseau élastique et conjonctif normal; les cellules n'y sont pas augmentées de nombre.

Les infiltrations cellulaires, en nappe ou en manchons, méritent d'être étudiées de plus près. Tout tissu élastique a disparu de leur intérieur; entre la nappe superficielle et l'épiderme il y a une mince couche où les fibres élastiques persistent. Les vaisseaux, que l'on reconnaît au sein de l'infiltration à leur lumière et à leur endothélium, sont dépourvus de tissu élastique; ce sont donc ou bien des capillaires dilatés ou des artérioles et veinules modifiées; au contraire les tubes sudoripares qui peuvent avoir été englobés dans les manchons ont conservé leur tunique élastique.

Les cellules de la néoplasie infiltrée ont en majorité les caractères de cellules conjonctives; un noyau ovalaire faiblement colorable; un protoplasma spongieux, quelquefois vacuolisé, souvent avec prolongements mal délimités. En outre se voient, sur chaque coupe environ, une dixaine de cellules géantes de Langenbeck typiques, grandes comme trois ou quatre cellules conjonctives au moins ou atteignant des dimensions énormes (comme 30 ou 40 cellules); leur protoplasma est finement granuleux, contient de 3 à 30 noyaux souvent marginaux. On ne peut voir clairement si elles proviennent de la confluence de plusieurs cellules conjonctives ou de l'accroissement d'une seule cellule. La présence de ces cellules géantes suffirait à démontrer, si le fait n'était pas évident déjà, qu'il y a dans le processus une dégénérescence du protoplasma; on l'a parfois niée dans le processus lépreux.

On rencontre en outre un certain nombre de cellules à noyau rond vivement coloré, lymphoïdes, dont on ne peut dire si elles sont des cellules lymphatiques ou

des cellules conjonctives jeunes. Par place il y a des amas de plasmazellen d'Unna, bien typiques. Les mastzellen sont en nombre infime. Les leucocytes sont rares.

Examen bactériologique. — La recherche des bacilles a présenté dans ce cas des difficultés grandes. Tous mes premiers essais avaient été négatifs et j'avais classé cette tache comme non bacillifère. Ce n'est qu'en reprenant la question avec une technique que j'ai peu à peu perfectionnée (Liquide de Ziehl 2 heures à chaud, décoloration ménagée par l'alcool nitrique à 1/10, bleu de Löffler dilué) que j'en ai trouvé et alors régulièrement dans chaque coupe. Je constate par exemple dans une coupe: 2 groupes de 2 ou 3 bacilles non loin de l'épiderme; dans un boyau dermique un groupe de 2, et 3 bacilles isolés; dans un autre un groupe de 3, et 4 bacilles isolés etc. Il en est de même plus ou moins pour toutes les autres coupes. Tous ces bacilles sont caractéristiques, bien rouges sur fond bleu, quelquefois avec des parties moins colorées, ou étranglées, ou renflées; ils se disposent volontiers en petits faisceaux. Ils sont compris dans une gloee claire et non dans des cellules. Ils n'affectent aucun rapport avec les cellules géantes dans lesquelles je n'ai jamais pu en déceler.

En somme bacilles rares, une douzaine par coupe.

Obs. VIII. — Lèpre maculeuse datant de dix mois (sans bacilles)

T., homme de 42 ans. Hôpital Saint-Louis, salle Bichat.

Les renseignements font défaut. On a noté seulement que cet homme était atteint d'orchite lépreuse double depuis un an et que les macules n'auraient apparu que depuis dix mois.

Biopsie le 25 avril 1896 d'une tache du flanc droit.

Examen histologique. — L'épiderme est pigmenté et les papilles sont presque normales.

Dans le derme et surtout autour des vaisseaux du plexus sous-papillaire infiltration de cellules leur formant des manchons à limites peu nettement dessinées. Il en est de même autour des vaisseaux plus clairsemés du chorion. Cellules disséminées dans le corps papillaire.

Les cellules qui composent les manchons sont surtout des cellules conjonctives, fusiformes ou à protoplasma hypertrophié, souvent déchiqueté, mal limité. On rencontre aussi bon nombre de petites cellules à noyaux ronds, fortement colorés, ressemblant à des lymphocytes; très peu de leucocytes. Pas de cellules géantes ou chorioplaxes. Mastzellen en nombre assez notable.

Les vaisseaux, en dehors du gonflement et de la multiplication de leurs cellules périthéliales, n'ont pas d'altération de leurs parois. Les nerfs très petits et peu nombreux paraissent sains. Les glandes et follicules sont conservés.

Examen bactériologique. — Malgré des colorations très soigneuses d'un nombre considérable de coupes on, ne découvre point de bacilles; quelques grains ou bâtonnets isolés restés rouges (coloration par le Ziehl), ne présentent pas de caractères suffisamment nets pour pouvoir être considérés comme bacilles ou débris de bacilles.

III.

Si l'on veut faire la synthèse des résultats fournis par l'examen histologique et bactériologique des neuf pièces que j'ai eues à ma disposition, on peut en quelque sorte les schématiser comme suit:

Les lésions histologiques des macules de la lèpre consistent essen-

tiellement en une infiltration de cellules plus ou moins abondantes, non pas répandues diffusément dans le derme, mais accumulées autour des vaisseaux de la peau auxquels elles forment comme des manchons. Les manchons suivent la distribution des vaisseaux sanguins: ils sont donc particulièrement nombreux et fréquemment confluents en une nappe d'infiltration au niveau du plexus sous-papillaire; ils sont nombreux aussi et confluents en lacs autour des glomérules sudoripares et autour des follicules pilo-sébacés; dans le chorion proprement dit ils sont plus espacés. Le plus souvent la limite extérieure de ces manchons est nettement tranchée; cependant le fait n'est pas constant et l'on voit alors des traînées de cellules s'insinuer dans les mailles du tissu dermique voisin.

Les cellules qui composent les manchons et infiltrations en général sont manifestement en grande majorité des cellules conjonctives: leur noyau ovalaire, coloré plutôt faiblement, leur protoplasma muni de prolongements, suffisent à les caractériser comme telles. Mais ces cellules sont très fréquemment altérées, soit par simple hypertrophie de leur protoplasma spongieux, soit par l'état diffluent et comme déchiqueté sur ses bords de ce protoplasma. On peut trouver parmi ces cellules soit des chlorioplaxes, cellules conjonctives hypertrophiées munies de plusieurs noyaux, soit de véritables cellules géantes à noyau très nombreux à protoplasma dégénéré, resultant peut-être de la confluence de plusieurs cellules; ces cellules géantes sont rares, je n'en ai observé que dans un seul cas (obs. 7). — Aux cellules conjonctives se joignent régulièrement des éléments petits, à noyau rond vivement coloré, à corps cellulaire très réduit qui ressemblent absolument à des lymphocytes: j'en ignore la nature réelle; des leucocytes à noyau bourgeonnant généralement rares, quelquefois accumulés par places; des plasmazellen légitimes, rares et groupées en certains points; des mastzellen assez habituellement, mais en nombre très variable.

Le tissu dermique intermédiaire aux manchons est, dans la règle, peu modifié; sa trame conjonctive s'écarte pour faire place aux infiltrats; son réseau élastique est habituellement interrompu à leur niveau. Dans plusieurs cas un peu anciens j'ai nettement constaté un processus de sclérose qui dissocie les éléments cellulaires des infiltrats; ce travail est à son apogée dans la morphée. Dans des cas opposés ce sont les infiltrats qui s'étendent, augmentent en tous sens, confluent et finissent par remplacer le tissu dermique normal par une néoplasie laquelle ne peut en aucune façon être distinguée du lépromе tel qu'il existe dans un tubercule lépreux.

Les lésions des vaisseaux, en dehors de l'augmentation de leur gaîne périthéliale, sont contingentes; l'endartérite s'observe dans les taches anciennes; elle est colossalement marquée dans la morphée scléreuse. On a l'impression, sans pouvoir le prouver, qu'un certain nombre de vaisseaux ont disparu, probablemeut par suite de thrombose, dans les infiltrats des cas même moyens comme développement des lésions. Les altérations des nerfs m'ont paru également inconstantes, sans rapport avec le développement des autres lésions; il ne m'a

pas semblé qu'on pût leur attribuer un rôle prépondérant dans le processus, qui est au contraire nettement péri-vasculaire.

L'épiderme reste remarquablement passif; très souvent il y a seulement une pigmentation fort accentuée de ses assises inférieures. La couche sous-épithéliale est communément réservée et intacte comme c'est le cas dans les tubercules lépreux. Elle peut contenir des cellules pigmentaires abondantes et du pigment libre.

Ces lésions des macules, telles que je viens de les décrire (après d'autres histologistes d'ailleurs et avec des faibles variantes) sont, sinon absolument pathognomoniques, au moins assez spéciales; tout anatomopathologiste connaissant les altérations de la peau saura reconnaître, sans qu'il me soit nécessaire d'entrer dans le détail, en quoi elles diffèrent des lésions des érythèmes toxiques ou infectieux, des dyschromies vitiligineuses et autres, des lésions de la série eczémateuse, des prémycosides, du lupus érythémateux, et des syphilides érythémateuses précoces ou tertiaires. La dégénérescence fréquente des cellules péri-vasculaires, qui ne sont ni des leucocytes, ni des plasmazellen; l'intégrité de l'épiderme — voilà quels sont les caractères qui méritent d'être surtout mis en relief à cet égard.

On peut ajouter que la présence presque constante des bacilles donnera dans la grande majorité des cas une certitude scientifique absolue à ce diagnostic.

Les lésions des léprides se distinguent aisément de celles des tubercules lépreux au début et quand elles sont peu accusées; elles tendent au contraire à s'identifier avec la structure des lépromes quand elles arrivent à leur apogée.

Au point de vue bactériologique l'étude analytique des mes neuf pièces conduit à des constatations curieuses et assez imprévues.

Il est aujourd'hui classique de dire que les taches de la lèpre maculeuse ne renferment pas de bacilles, ou n'en renferment qu'en très petit nombre, et cela dans des conditions particulières: au moment de leur apparition, ou bien au moment des „poussées". Dans les taches un peu anciennes ils disparaîtraient totalement. On oppose à ce point de vue les léprides maculeuses aux lépromes vrais.

C'est ainsi que dans le travail d'ensemble le plus récent sur la lèpre, A. von Bergmann (Die Lepra, in Deutsche Chirurgie, von Billroth und Luecke, 1897, p. 59) dit textuellement:

„Während es in den Knoten der tuberosen Form der Lepra geradezu von Bacillen wimmelt . . ., findet man in den Infiltraten der Nervenform der Lepra keine Bacillen, wenigstens ist es an dem Material des Riga'schen Leprosoriums bisher nicht gelungen. Hansen und Looft behaupten, dass auch in diesen Infiltraten die Bacillen immer da seien, je jünger die Eruption, desto reichlicher; aus älteren Infiltraten — und zu diesen rechnen sie solche, die 2 Jahre bestanden — erhält man nur vereinzelte Bacillen, noch ältere zeigten in den meisten Schnitten gar keine Bacillen, hie und da einen oder zwei und einige wie Bacillen gefärbte Körner."

Unna (Histopathologie der Hautkrankheiten, 1894) distingue dans les macules de la lèpre, ou neuroléprides, deux stades: un premier stade (angioneurotische Grundlage) de germination pendant lequel la macule,

née sous l'influence d'un trouble de l'innervation, ne contient pas de bacilles; un second stade (embolisirtes Neuroleprid) où des bacilles arrivent par embolie dans les taches (Philippson), s'y multiplient un temps, et dans la règle finissent par disparaître; la transformation en lèprome cutané serait d'une rareté extrême.

Or voici ce que m'ont montré mes observations:

Dans les 5 premières, qui m'ont fourni 6 pièces, j'ai toujours trouvé des bacilles en nombre considérable, aussi nombreux presque que dans des lépromes tuberculeux. L'éruption était pourtant d'ancienneté bien variable et datait de 6 jours (obs. 1), 6 mois (obs. 3), un an (obs. 2), 18 mois (obs. 4), 2 ans (obs. 2 bis), d'une époque indéterminée mais très ancienne (obs. 5); tantôt il y avait eu des phénomènes de poussée (6 jours ou 6 mois auparavant), tantôt ils avaient manqué depuis plus de 2 ans ou toujours fait défaut.

Dans l'observation 6, j'ai une tache pigmentaire datant de 6 jours et j'y trouve des bacilles peu abondants mais cependant au nombre d'une vingtaine par coupe environ.

Dans l'observation 7, la tache datait de 5 ans, il y a eu une poussée un mois auparavant: je constate si peu de bacilles qu'ils m'ont échappé à un premier examen; ayant refait de nouvelles préparations j'ai trouvé assez régulièrement, une douzaine environ de bacilles par coupe.

L'observation 8 fait seule exception. Ici pas de bacilles malgré des examens d'autant plus approfondis qu'il me paraissait intéressant de faire rentrer ce cas dans la règle ordinaire. Il est regrettable que justement pour ce cas, les renseignements me fassent défaut; je ne mets pas en doute le diagnostic de lèpre, je déplore de ne pouvoir pas préciser les conditions de l'anomalie dans ce cas.

En résumé, quel qu'ait été l'âge de la tache, son caractère pigmentaire ou érythémateux, qu'il y ait eu ou non des poussées peu auparavant, j'ai toujours — sauf dans un cas — trouvé des bacilles de Hansen caractéristiques. Cette présence presque constante des bacilles a donc une grande valeur diagnostique.

La seule objection qu'on puisse me faire, et je l'ai prévue, c'est que si, dans mes 6 premières pièces au moins, j'ai trouvé tant de bacilles c'est parce qu'il ne s'agissait pas de véritables macules, de lèprides érythémato-pigmentaires légitimes, mais bien de lépromes en nappe.

A cette objection j'ai répondu d'avance en faisant la description clinique des lésions que j'avais en vue; j'ai montré qu'il est impossible de tracer dans la lèpre à forme maculeuse une limite entre les taches non infiltrées en apparence et les taches infiltrées. Dans le cas 1 (où la tache datait de 6 jours) et 3 (datant de 6 mois) il est expressément noté qu'il n'y avait aucune infiltration au palper.

Si l'on conclut que les taches ou macules, paraissant cliniquement telles, ne sont le plus souvent que des lépromes, j'y souscris absolument et c'est précisément là un des points que je cherche à démontrer.

J'ajouterai que j'attache une grande importance à la technique dans une question aussi délicate que celle de déclarer qu'il y a ou n'y a pas quelques rares bacilles dans une coupe. Celle que j'ai

suivie avec succès est la suivante: Fixation à l'alcool absolu, xylol, paraffine, coupes collées à l'albumine, liquide de Ziehl pendant 2 heures à chaud (40° à 50°), décoloration ménagée par l'acide nitrique au $^{1}/_{10}$e, laver, coloration du fond par le bleu de Löffler dilué, déshydrater et éclaircir rapidement, résine d'Ammar. Avec des colorations moins prolongées on est exposé à des erreurs dans les cas difficiles; elles peuvent suffire s'il y a beaucoup de bacilles.

IV.

Les résultats exposés ci-dessus, en dehors de leur portée pratique au point de vue du diagnostic précoce de la lèpre par l'examen biopsique de macules, me paraissent avoir un certain intérêt au point de vue théorique et doctrinaire de la signification des macules dans le processus lépreux.

Tout d'abord les lésions qu'on y constate sont d'un même ordre toujours, quelle que soit la variété clinique, elles ne diffèrent que par leurs proportions et leur degré. On ne saurait distinguer deux ou plusieurs espèces de taches lépreuses résultant de mécanismes différents.

Dans le mécanisme de leur production il me semblerait tout à fait irrationnel de ne pas faire jouer le rôle capital aux bacilles qu'on y trouve presque toujours.

Etant donné la disposition nettement péri-vasculaire du processus morbide on est conduit à admettre que l'agent nocif est apporté par la voie sanguine, et cet agent nocif est le bacille lui-même.

Rien ne vient indiquer ou surtout démontrer qu'une lésion nerveuse doive être incriminée dans certains cas et non dans d'autres; qu'une modification plus ou moins mystérieuse de l'influx nerveux puisse créer une lésion d'infiltration péri-vasculaire avec dégénérescence cellulaire et que la présence du bacille n'y est que surajoutée et contingente. Toutes ces taches ont une structure univoque, je le répète encore, et une lésion nerveuse n'est pas capable d'en créer de ce genre. L'agent pathogène est bien le bacille dans les léprides maculeuses, comme dans les lépromes.

Que si l'on me demande maintenant de préciser pourquoi l'éruption prend tantôt la forme maculeuse tantôt la forme tuberculeuse — je conviendrai que je l'ignore.

Pour l'expliquer il faut s'aventurer sur le terrain mouvant des hypothèses, des interprétations et des comparaisons.

On peut incriminer, suivant les schéma des discussions de ce genre, 1° la qualité de la graine ou 2° celle du terrain.

1. Il est possible, probable même, que tous les bacilles que nous décelons par nos techniques ne sont pas équivalents soit par leur végétabilité, soit par leur virulence. On a dit souvent qu'un grand nombre des bacilles de la lèpre sont vraisemblablement des cadavres et je le crois.

Le même fait existe pour les bacilles de la tuberculose et peut être prouvé ici, puisque ce bacille est cultivable. On sait, et j'ai eu récemment l'occasion de vérifier le fait au cours de recherches sur un autre sujet, qu'une émulsion préparée avec une culture un peu ancienne

de tuberculose injectée en même proportion à un grand nombre de cobayes, pourra tuer les uns par tuberculose virulente, et laisser survivre les autres malgré la production de tubercules locaux, non inoculables indéfiniment en série; ces derniers n'ont reçu que des bacilles morts.

On peut donc supposer qu'à une embolie de bacilles lépreux peu vivants ou peu virulents succède la production d'une lésion locale non indéfiniment progressive, mais au contraire susceptible de régression et de guérison. Les degrés différents de virulence expliqueraient les degrés différents de réaction. Cette interprétation donneraient en même temps la clé de la présence, qui a été constatée quelquefois, de bacilles dans des régions de peau absolument saines d'ailleurs.

2. La lèpre dans un même pays et dans des conditions en apparence identiques a une marche et une symptomatologie très différentes. Il est légitime de supposer que les individus ne sont pas égaux devant elle, qu'il y a des prédispositions ou — à un point de vue opposé — des immunités individuelles.

Cette prédisposition plus ou moins grande peut aussi varier suivant les organes, suivant les régions d'un même organe chez un même individu. Ici il n'est pas défendu de faire intervenir des troubles d'innervation et de faire remarquer que les macules se développent fréquemment sur des territoires commandés par des nerfs atteints de lépromatose, qu'elles sont habituellement anesthésiques ainsi que parfois les téguments voisins. Mais exceptionnellement les macules restent sensibles, et il n'est pas démontré que le trouble d'innervation préexiste toujours à la présence des bacilles; le contraire pourrait être vrai, tout au moins pour les taches apparaissant brusquement sur une région à sensibilité normale.

En somme le fait clinique certain que les éruptions maculeuses sont plus fréquentes, et ont certainement plus de tendance à rester maculeuses, dans la forme nerveuse de la lèpre que dans la forme tuberculeuse, me paraît susceptible de trois interprétations; virulence moindre des bacilles dans cette forme, résistance plus grande de l'organisme, prédisposition locale amoindrie par les troubles nerveux locaux.

Conclusions générales. — 1. Les macules ou taches de la lèpre nerveuse, tuberculeuse ou mixte, constituent une espèce nosographique unique quelle que soit leur apparence clinique (érythémateuse, pigmentaire, érythémato-pigmentaire, infiltrée ou non).

2. Ces macules ont une structure histologique univoque et assez spéciale.

3. Elles contiennent des bacilles démontrables dans la grande majorité des cas.

4. Par une série insensible de gradations elles se rapprochent des lépromes en nappe.

5. Elles sont de même nature que les lépromes vrais, c'est-à-dire de nature bacillairement lépreuse.

6. Leur évolution est commandée par des conditions de virulence de la graine ou de résistance du terrain qui nous échappent et sur lesquelles on ne peut actuellement rien dire de certain.

Lepra in Leber und Milz[1]).

Von

P. Musehold (Berlin).

Die von mir über die Erscheinungen der Lepra in Leber und Milz angestellten Untersuchungen sind an in Alkohol aufbewahrten Organtheilen vorgenommen, welche aus dem Leprosorium Dreilingsbusch bei Riga stammen und im Mai des l. J. der Sammlung des Kaiserlichen Gesundheitsamtes durch Vermittelung des Herrn Regierungsrathes Dr. Kübler überwiesen worden waren; welchem Kranken sie angehörten, und ob es sich um eine gewöhnliche Mitbetheiligung der Leber und Milz an allgemeiner Lepra oder um die Sonderform der Leprosis viscerum im engeren Sinne handelte, ist uns nicht bekannt.

Nachdem ich mich durch eine Voruntersuchung der gehärteten Leber — die Milz war für Herstellung von Schnitten zu weich und morsch geblieben — von dem massenhaften Vorhandensein von Leprabacillen in diesem Organe überzeugt hatte, erschien mir ein eingehenderes vergleichsweises Studium des Verhaltens der Leprabacillen zu den einzelnen Gewebearten beider Organe (Zellen, Bindegewebe, Blut- und Lymphbahnen) in Folge der eigenartigen Verschiedenheiten des feineren anatomischen Baues der Leber und Milz um so lohnenswerther, als ich mir aus der Literatur über diese Verhältnisse ein zweifelsfreies Urtheil nicht zu bilden vermochte. Die Leber und Milz waren in der Literatur, soweit ich mir dieselbe zugänglich machen konnte — d. s. die einschlägigen Arbeiten von Armauer Hansen, Looft, Neisser, Virchow, Unna, Lutz, Touton, Edw. Ehlers, Storch, H. Kühne, Thoma, Arning, Schäffer, Lassar, Dehio, A. Blaschko, A. v. Bergmann, Bergengrün — verhältnissmässig selten berührt, und die Ausführungen über Sitz und Ausbreitung der Leprabacillen in diesen Organen unterlagen im Allgemeinen derselben Dreitheilung der Anschauungen, wie die Lokalisationen der Lepra-

1) Die auf S. 102, 103 des II. Bandes befindlichen Bemerkungen des Herrn Musehold zur pathologischen Anatomie der Lepra sind durch die Wiedergabe in ihrem Sinne zum Theil entstellt, so dass bezüglich ihres thatsächlichen Inhalts auf die hier enthaltene, denselben Gegenstand behandelnde Arbeit des Autors hingewiesen werden muss. — Die Redaction.

bacillen in Haut und Schleimhäuten: die eine Richtung erkennt lediglich eine intracelluläre, eine andere lediglich die extracelluläre Lage der Bacillen an, die Vertreter der dritten Richtung lassen sowohl das extra- wie das intracelluläre Lageverhältniss gelten und erklären theils das eine, theils das andere als das hänfigere und wesentlichere.

Was die Wahl der Untersuchungsmethode anbetrifft, so war vor allem die Herstellung möglichst feiner Schnitte und die möglichste Vermeidung einer künstlichen Verschleppung der Bacillen anzustreben. Beides versprach die Paraffinmethode; die von mir angefertigten Schnitte haben eine Dicke von 1—2 μ; sie wurden unmittelbar vom Mikrotom weg in 45—50° warmem Wasser ausgebreitet und auf den Objektträger geleitet, an welchen sie mittelst Fliesspapier glatt angedrückt wurden; nach 24stündigem Verweilen im Brutraum (37,5° C.) hafteten die Paraffinschnitte so fest an den Objektträgern, dass sie sich bei den mannigfachen nachfolgenden Manipulationen — Paraffin-Entfernung, Xylol-Ausziehung, Alkohol-Entfernung, Färbung, Entfärbung, Gegenfärbung, Auswaschung, Entwässerung, Xylolisirung, Einbettung in Xylol-Canadabalsam — nicht mehr loslösten.

Zur Färbung der Leprabacillen wandte ich neben der Ziehl'schen Lösung auch Anilinwasser-Lösungen von Fuchsin und Gentianaviolett an. Die Bacillen färbten sich am schönsten bei etwa 12stündigem Verweilen der mit der Farblösung übergossenen und in einer feuchten Kammer eingeschlossenen Objektträger im Brutraum (37,5°). Zur Entfärbung benutzte ich 10—25 pCt. sowohl wässerige, wie alkoholische Lösungen von Salpetersäure und Schwefelsäure. Die stärkeren Lösungen hatten den Nachtheil, dass sie in den dünnen Schnitten auch sehr rasch die Bacillen mitentfärbten. Eine 15proc. wässerige Salpetersäure-Lösung erwies sich mir am geeignetsten; sie genügte unter anderem auch, um in den nach Gram (Lutz) gefärbten Bacillen die Coccothrix-ähnlichen Färbeerscheinungen hervorzubringen; Lutz wandte hierzu eine alkoholische 10—50proc. Lösung von rauchender Salpetersäure an. — Zur Gegenfärbung wurde je nach der Farbe der Bacillen Methylenblau, Hämatoxylin, Fuchsin, Eosin genommen.

Die Durchmusterung der angefertigten Präparate ergab nachstehende, zum Theil auf den anliegenden Tafeln veranschaulichte Bilder:

Leber.

Die Leprabacillen waren am massenhaftesten in dem interlobulären Gewebe der Leber angesiedelt; dasselbe war an den befallenen Stellen im Ganzen verbreitert, wie bei interstitieller Hepatitis. Die Bacillen lagen theils in dichten, anscheinend kompakten Haufen (Taf. I, 3a), theils in ringförmiger oder sichelförmiger Gruppirung entweder um ein feines Lumen oder um eine helle, durch stärkere Lichtbrechung sich kennzeichnende, ungefärbt bleibende Substanz, welche häufig auch die ganze Bacillenkolonie mit schmalem, hellleuchtenden Saum umzog (Taf. I, 3c). In der Mitte dieser meist als kugeliges Gebilde von homogenem Inhalt (abgesehen von den Bacillen) erscheinenden Substanz zeigten sich dann und wann einzelne gut gefärbte Bacillen und Körner (Bacillenreste), umgeben von der sichelförmigen Bacillen-Hauptgruppe; an manchen Stellen schienen die Bacillen dem kugeligen, völlig klaren

und lichten Gebilde nur oberflächlich angeklebt (Taf. I, 3b); die Masse der stärker lichtbrechenden Substanz war hier im Vergleich zu den wenigen anhaftenden Bacillen vielfach so gross, dass sie nicht lediglich als ein eigenes Produkt der Bacillen (Glöamasse) aufgefasst werden konnte; dies wäre eher bei den kompakten, von einem hellen Hof umgebenen Bacillenhaufen zulässig gewesen. Da sich diese vorgeschilderten rundlich begrenzten, homogenen bacillenhaltige Gebilde im interlobulären Gewebe der Leber in sehr verschiedener Grösse — beginnend mit Ausdehnungen geringer, als der Durchmesser eines rothen Blutkörperchens beträgt, vorfanden — da sie theils gesondert lagen, theils nahe aneinanderrückten bis zum völligen Schwinden des Zwischengewebes — und da sie endlich auch zu Massen, die wie eine riesige, von Vakuolen und Bacillen erfüllte Zelle (Taf. I, 4) erschienen, sich vereinigten — so konnte ich mich nur der u. a. von Unna vertretenen Deutung dieser Gebilde als Lymphthromben anschliessen. Die Entstehung dieser bacillenhaltigen Lymphthromben-Conglomerate würde etwa folgendermaassen zu denken sein: die in einer Lymphspalte des interstitiellen Lebergewebes angesiedelte Bacillenkolonie behindert mit weiterem Wachsthum die Lymphbewegung, und es kommt schliesslich zur Bildung eines aus Bacillen, Glöamasse derselben und geronnener Lymphe bestehenden Thrombus (Globus); zum Ersatz des verlegten Weges bilden sich in der nächsten Nachbarschaft Lymphspalten und Erweiterungen vorhandener Wege aus, in welchen losgelöste Bacillen Raum und Stützpunkt für neue Besiedelungen finden; durch fortschreitendes Zarterwerden des die einzelnen Kolonieen scheidenden Zwischengewebes bei gleichzeitiger Zunahme der Kolonieen an Zahl und Grösse muss es schliesslich zu einer innigeren Aneinanderlagerung der aus Bacillen (einschl. Zooglöa) und geronnener Lymphe bestehenden Einzelthromben nach Art eines Conglomerates kommen. Spielt sich dieser Vorgang an mehreren Stellen eines und desselben interstitiellen Bindegewebsraumes ab, so kann schon hieraus eine Verbreiterung der Gesammtmasse des interstitiellen Gewebes an der befallenen Stelle resultiren, ohne dass eine wirkliche Neubildung von Gewebe in der unmittelbaren Umgebung der Bacillen-Ansiedelungen statt zu haben braucht; wo eine Neubildung von Gewebe zu Stande kommt, wird das neugebildete Gewebe in seiner Zartheit der Eröffnung neuer Saftbahnen und dem Vordringen der Bacillen in dieselben keinen grösseren Widerstand entgegensetzen als das ältere ursprüngliche Gewebe. — Für das Hautleprom schildert Unna das Zustandekommen der „Lymphthromben“ in ähnlicher Weise. — Mit weiterer Verschmelzung der bacillenhaltigen Lymphthromben-Conglomerate scheint sich in Folge der immer ungünstiger werdenden Ernährungsbedingungen ein Zerfall zu vollziehen, dessen Ausgang sich an einzelnen, anscheinend zerrissenen Stellen des interlobulären Gewebes so darstellt, dass eine strukturlose, mit Methylenblau sich schwach und ungleich färbende Masse von unregelmässiger Begrenzung eine grosse Zahl von Bacillen und Bacillenkörner in regellosen, kaum noch unterscheidbaren Verbänden eingeschlossen hält (Taf. I, 5).

Seltener sind die Leprabacillen in den Leberzellen selbst anzutreffen; wo ich sie fand, lagen sie meist in kleinen Häufchen in der

Zelle; der gleichzeitige Wechsel der Deutlichkeit des Zellenkontours bezw. des Zellkernes mit derjenigen der Bacillen führte zu der Ueberzeugung von der intracellulären Lage der letzteren. Die auf Taf. I, unter 2a, b, c abgezeichneten Leberzellen fand ich in meinen Präparaten isolirt, ohne Bacillen-Anhäufungen in der Umgebung. Ein besonders beweiskräftiges Bild giebt die Zeichnung 1 auf Taf. I: ein kompakter, von hellem Hof umgebener Bacillenhaufen liegt etwa in der Mitte der Zelle und hat den Zellkern, welcher der Bacillenkolonie wie eine Wurst anliegt, völlig bei Seite gedrängt; als Druckwirkung der Bacillenkolonie auf die Zelle von aussen ist dieses Bild nicht erklärbar. Während die Bilder 2a, b, c auf Taf. I sich ganz und gar mit den von Armauer Hansen und von Neisser abgebildeten ähnlichen Zellen aus Hautlepromen vergleichen lassen, entspricht das Bild 1 auf derselben Tafel den von K. Touton als Beweis für die intercelluläre Lage der Leprabacillen ins Feld geführten Bildern von Kernverdrängung. Bergengrün, welcher mit Unna zu der strengeren extracellularen Partei gehört, giebt nach Studien an leprösen Kehlköpfen nur ausnahmsweise eine intracellulare Lage in den Epithelzellen der Schleimhaut zu. A. v. Bergmann erwähnt in seiner jüngst erschienenen Arbeit (Sammlung klinischer Vorträge, deutsche Chirurgie 1897, Lieferung 10) bezüglich der Leber, dass sich „in den Acinis nur „vereinzelt“ Leprabacillen finden.“ — Was die auch bei den intracellular gelegenen Bacillenhaufen vorhandene stärker lichtbrechende Grundmasse anbetrifft, so liegt es am nächsten, dieselbe ebenso, wie bei den im interlobulären Gewebe aufgefundenen Lymphthromben-Conglomeraten, als lymphatischer Natur zu deuten; die Ansicht (Touton), dass es sich dabei auch um nekrotisirtes Zellprotoplasma handelt, hat eine gleiche Berechtigung. Jedenfalls müssen sich die Bacillen innerhalb der Zelle sehr lange halten können, denn nur äusserst selten finden sich Formen wie auf Taf. I, Fig. 2d: die rundliche kernlose Zelle besitzt nur noch einen halbmondförmigen Saum von schwach färbbarem Zellprotoplasma, während der übrige Theil von einer farblosen Masse eingenommen ist, welche in ihrer Mitte eine Bacillenkolonie beherbergt. Geht eine solche Zelle gänzlich zu Grunde, so lässt sich denken, dass der Leprabacillen-Haufen einschliesslich der an ihm haftenden lymphatischen Substanz u. s. w. zwischen den Balkenzügen der Leberzellen in die Capillaren gelangt.

So erkläre ich mir wenigstens das auf Taf. II, 1 veranschaulichte Bild: mitten zwischen zusammengebackenen rothen Blutkörperchen eine in einer stärker lichtbrechenden Masse eingeschlossene kugelige Bacillencolonie, insgesammt grösser, als die in der Nachbarschaft gelegenen, durch ihre Farbstoffaufnahme kenntlichen weissen Blutkörperchen. Die bei d und e in Fig. 3 der Taf. I abgezeichneten Kolonien, welche noch grösser erscheinen, als die eben beschriebene, fand ich frei zwischen den Leberzellenzügen ohne Vorhandensein von Blutkörperchenhaufen in der Umgebung; auch sie kommen wahrscheinlich aus Capillaren, deren sonstiger Inhalt bei der Behandlung der Schnitte verloren gegangen war; im Allgemeinen fanden sich in meinen Präparaten die Capillaren überhaupt leer. Armauer Hansen und Looft haben in ihrer 1894 erschienenen Arbeit über die klinischen und pathologischen Erscheinungen

der Lepra eine dem von mir auf Taf. II, Fig. 1 dargestellten Bilde ausserordentlich ähnliche Abbildung einer inmitten einer Lebercapillare befindlichen Lepra-Bacillencolonie (Blatt VIII, 6) gebracht; der einzige Unterschied besteht darin, dass in letzterer Zeichnung die Bacillen in einem weissen Blutkörperchen eingeschlossen sind, während in meiner Zeichnung die Bacillenmasse nur von der stärker lichtbrechenden, mehr erwähnten Masse durchsetzt ist. Im Lumen der Lebercapillaren haben auch Rikli und Thoma die Leprabacillen nachgewiesen, Köbner u. A. im kreisenden Blute. Das Vorhandensein der Leprabacillen innerhalb von weissen Blutkörperchen, wie dies Armauer Hansen und Looft so schön dargestellt haben, sah ich in meinen Präparaten nicht, obwohl kein Zweifel bestehen kann, dass die einmal in die Blutbahn gelangten Leprabacillen den weissen Blutkörperchen verfallen müssen.

Milz.

In der Milz fand ich die Leprabacillen hauptsächlich an dem reticulären Stützwerk ausgebreitet, und zwar sowohl in den Malpighischen Körperchen, wie in der Milzpulpa; sie gaben an einzelnen Stellen in mächtigen Zügen deutlich die Formen des Netzwerks wieder (vergl. Fig. 2, 3, 5 u. 6 der Taf. II); 5 u. 6 der Taf. II veranschaulichen ein und dieselbe Stelle des Präparates bei verschieden hoher Einstellung; bei b der Fig. 5 sieht man eine anscheinend fast nur von Bacillen gebildete Scheidewand, rechts und links von derselben freie Räume; bei höherer Einstellung schwindet diese Scheidewand, der rechts und links gelegene Raum fliessen zusammen und im Lumen werden einzelne Bacillen sichtbar, welche wahrscheinlich von den unmittelbar weiter oberwärts (senkrecht zur Fläche des Präparates gedacht) gelegenen Bacillenansiedelungen stammen (Taf. II, Fig. 6 bei b). Bei a in Fig. 5 (tiefere Einstellung) sieht man einen Maschenraum an der einen Seite förmlich von Bacillen austapeziert, bei höherer Einstellung (Fig. 6a) findet sich die in 5a noch streng an das Netzwerk gebundene Colonie zum Theil in den Maschenraum (intermediäre Lacune) hineingewuchert. Es ist naheliegend, dass sich von solchen frei gewucherten Bacillen-Ansiedelungen einzelne Bacillen, gelegentlich einmal auch ein ganzer Haufen, loslösen und in das Venencapillarnetz bezw. in die Blutbahn gelangen können; hierher gehört die in Fig. 2 Taf. II abgezeichnete Stelle eines Präparates: ein Bacillenhaufen inmitten zusammengebackener, rother Blutkörperchen, die als solche durch ihre Farblosigkeit, gleichmässige Grösse und Lagerung unverkennbar waren. In der Milz fand ich das Eingeschlossensein der Leprabacillen in der hellen lichtbrechenden Substanz, wie dies bei der Leber die Bilder auf Taf. I darstellen, verhältnissmässig seltener vor, und derartige Conglomerate, wie in Fig. 4 dieser Tafel, nur an solchen Stellen, wo grössere Massen von Bindegewebe (Milzbalken) lagen und mit bezw. zwischen ihnen das Vorhandensein von Lymphspalten und Lymphbahnen zu vermuthen waren — also unter ähnlichen Verhältnissen, wie im interstitiellen Gewebe der Leber —, eine Erscheinung, die mich in der Auffassung dieser Gebilde als bacillenhaltige Lymphthromben-Conglomerate noch bestärkte.

In den Maschenräumen der Pulpa waren auch bacillenhaltige Zellen zu sehen. Zwei solche nebeneinander gelegene Zellen stellt Fig. 4 auf Taf. II bei tiefer (a), mittlerer (b) und hoher Einstellung des Mikroskops (c) dar; die Bilder bedürfen kaum einer Erläuterung und überzeugen jedenfalls von der intracellularen Lage der hier gleichfalls von einer stärker lichtbrechenden Substanz umgebenen Bacillen-Ansiedelung. Hansen und Looft zeigen auf Blatt VIII, Fig. 5 ihrer mehrfach citirten Arbeit fast dieselben Bilder; dies war für mich um so erfreulicher, als ich das Hansen-Looft'sche Werk erst nach Zeichnung meiner Bilder zu Gesicht bekam.

Es erscheint mir überflüssig, noch darauf einzugehen, dass es sich bei allen von mir in den untersuchten Milz- und Leberstücken aufgefundenen Bacillen thatsächlich lediglich um Leprabacillen und nicht etwa um Tuberkelbacillen oder um beide Arten von Bacillen nebeneinander handelte. Das Fehlen des für die Tuberculose charakteristischen Vorganges der Verkäsung, die geringere Fähigkeit der aufgefundenen Bacillen, die aufgenommenen Farbstoffe gegenüber den entfärbenden Säurelösungen festzuhalten, die massenhafte Ausbreitung der Bacillen, ihre theilweise intracellulare Lage, liessen keinen Zweifel, dass es thatsächlich Leprabacillen waren.

Das Ergebniss meiner Untersuchungen fasse ich in folgenden Sätzen zusammen:

In den untersuchten Stücken von Leber und Milz waren die Leprabacillen sowohl in den Zellen (Leberzellen, Milzzellen), wie in den venösen Capillaren und in den ersten Lymphbahnen des Bindegewebes (interstitiellen Gewebes, der Milzbalken) aufzufinden.

Die im interstitiellen Gewebe der Leber häufig angetroffenen, wie riesige, von „Vacuolen" und Bacillen erfüllte Zellen erscheinenden Gebilde sind am einfachsten als Lymphthromben-Conglomerate, welche bacillenerfüllten, erweiterten Lymphspalten entstammen, zu deuten; dasselbe gilt von den gleichen, hier übrigens viel seltener aufzufindenden Gebilden in der Milz.

In der Leber waren die massenhaftesten Bacillenansiedelungen im interstitiellen (interlobulären), in seiner Gesammtmasse an den befallenen Stellen verbreitet erscheinenden Gewebe zu sehen.

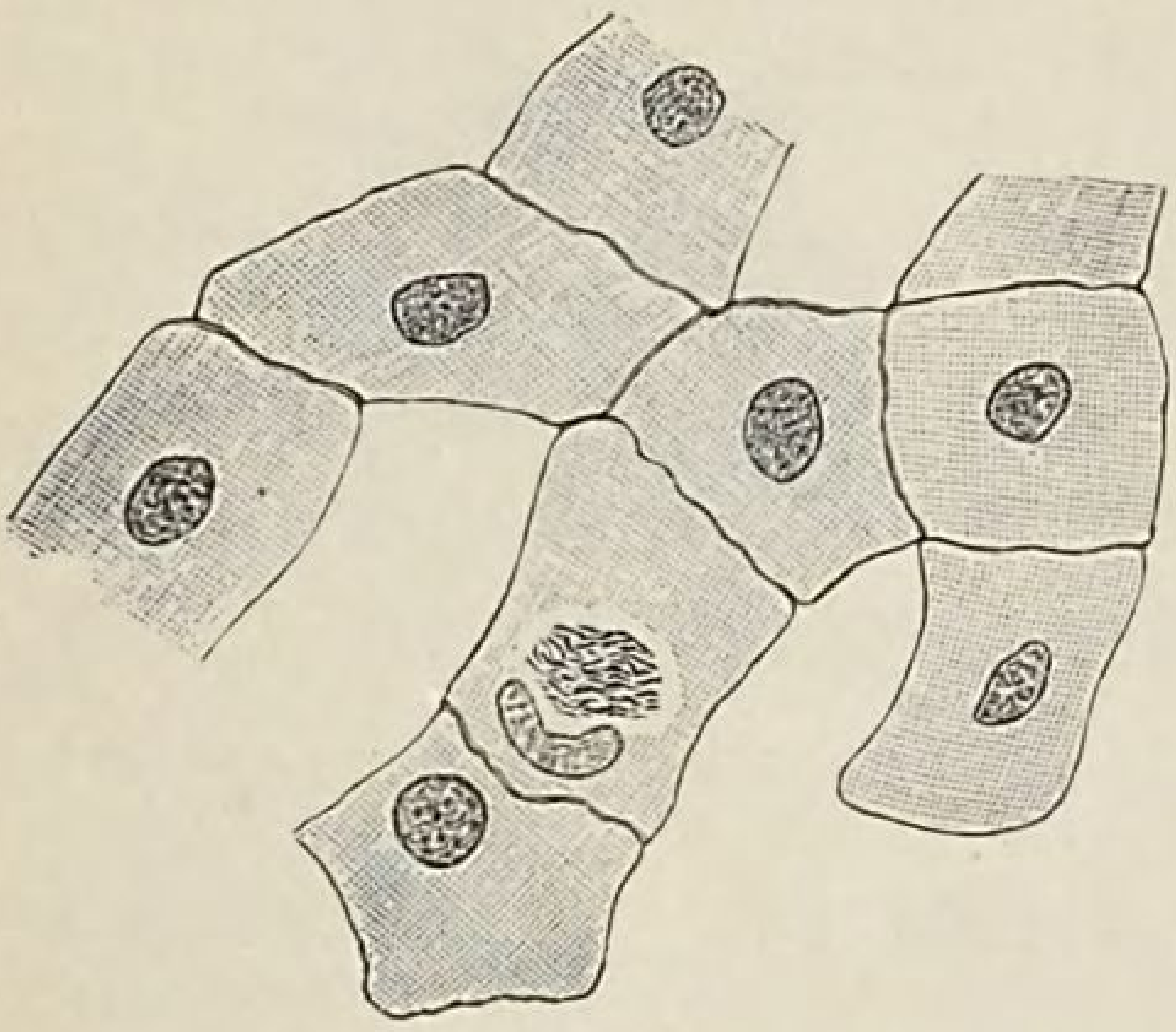
In der Milz hielten sich die Bacillenansiedelungen hauptsächlich an das reticuläre Stützwerk, und zwar sowohl der Pulpa, wie der Malpighi'schen Körperchen.

Es ist zu vermuthen, dass, wie in dem vorliegenden Falle, so auch bei vorgeschrittener Lepra überhaupt die Leprabacillen häufiger im kreisenden Blute nachzuweisen sein müssten, als dies bisher geschehen.

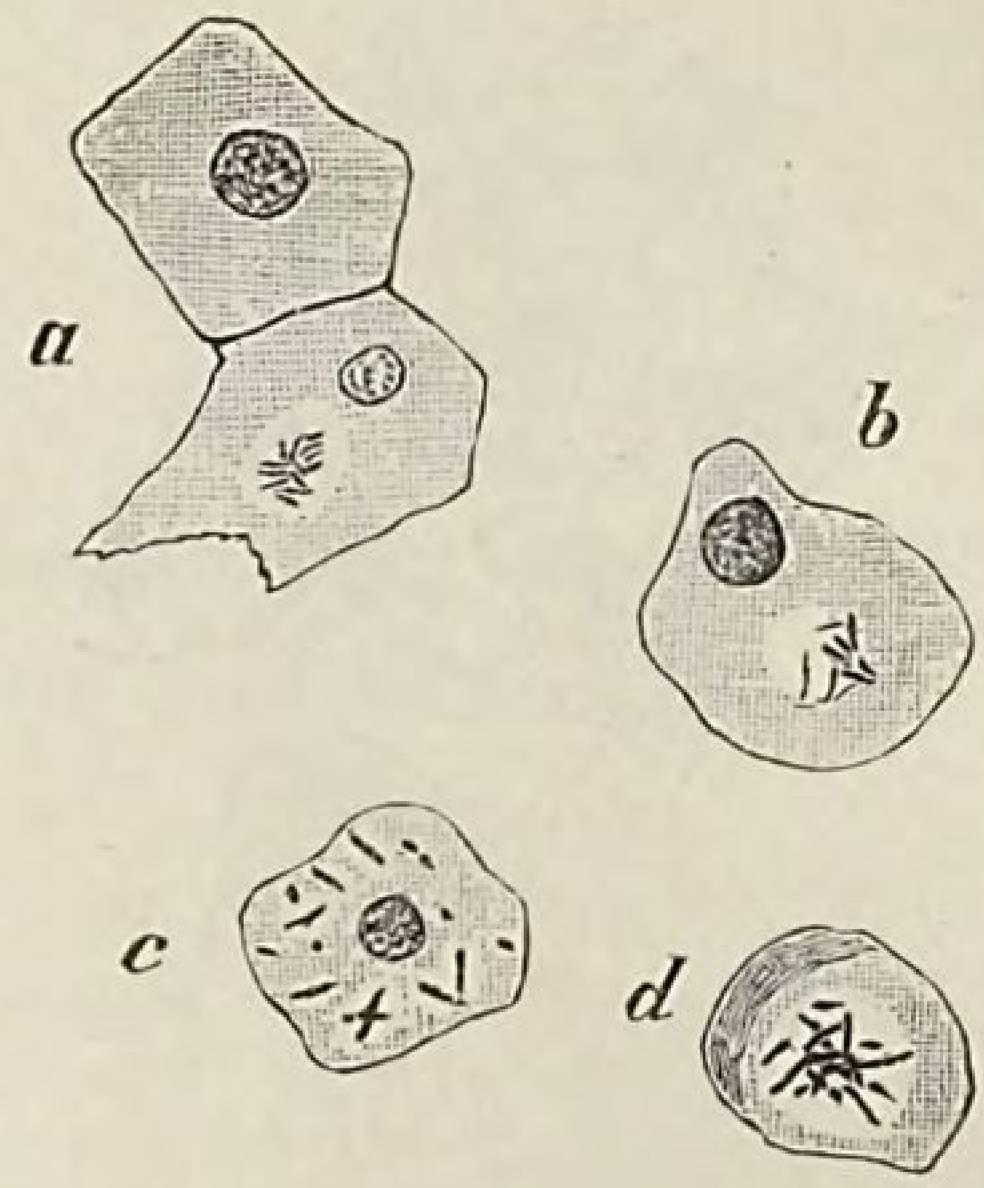
Bezüglich des Verhaltens der Leprabacillen zu den Zellen bin ich zu der Anschauung geführt, dass die Bacillen weder ausschliesslich extracellulär, noch ausschliesslich intracellulär liegen, sondern dass beide Lageverhältnisse für die Leprabacillen zutreffen.

Tafel I.

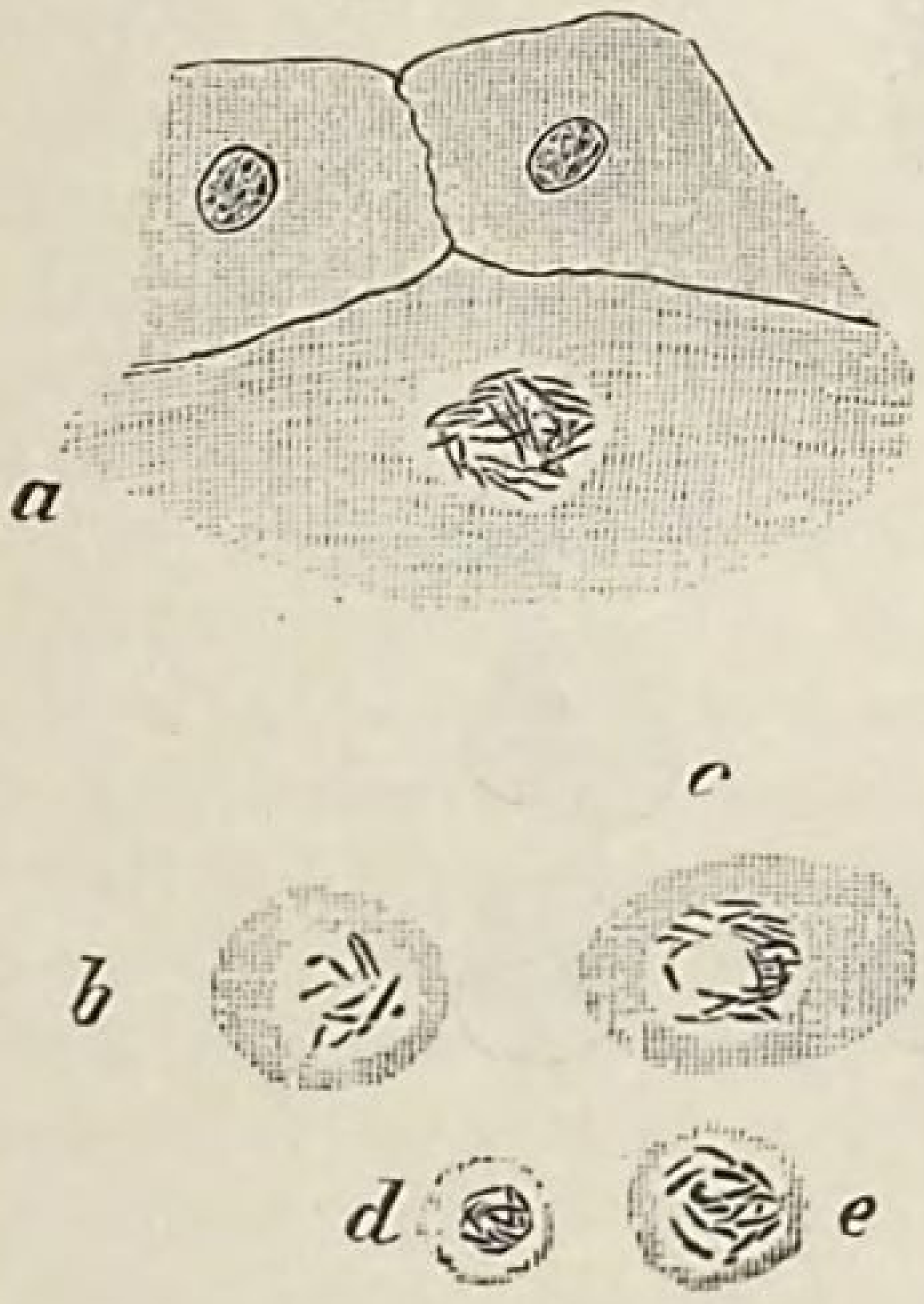
1.



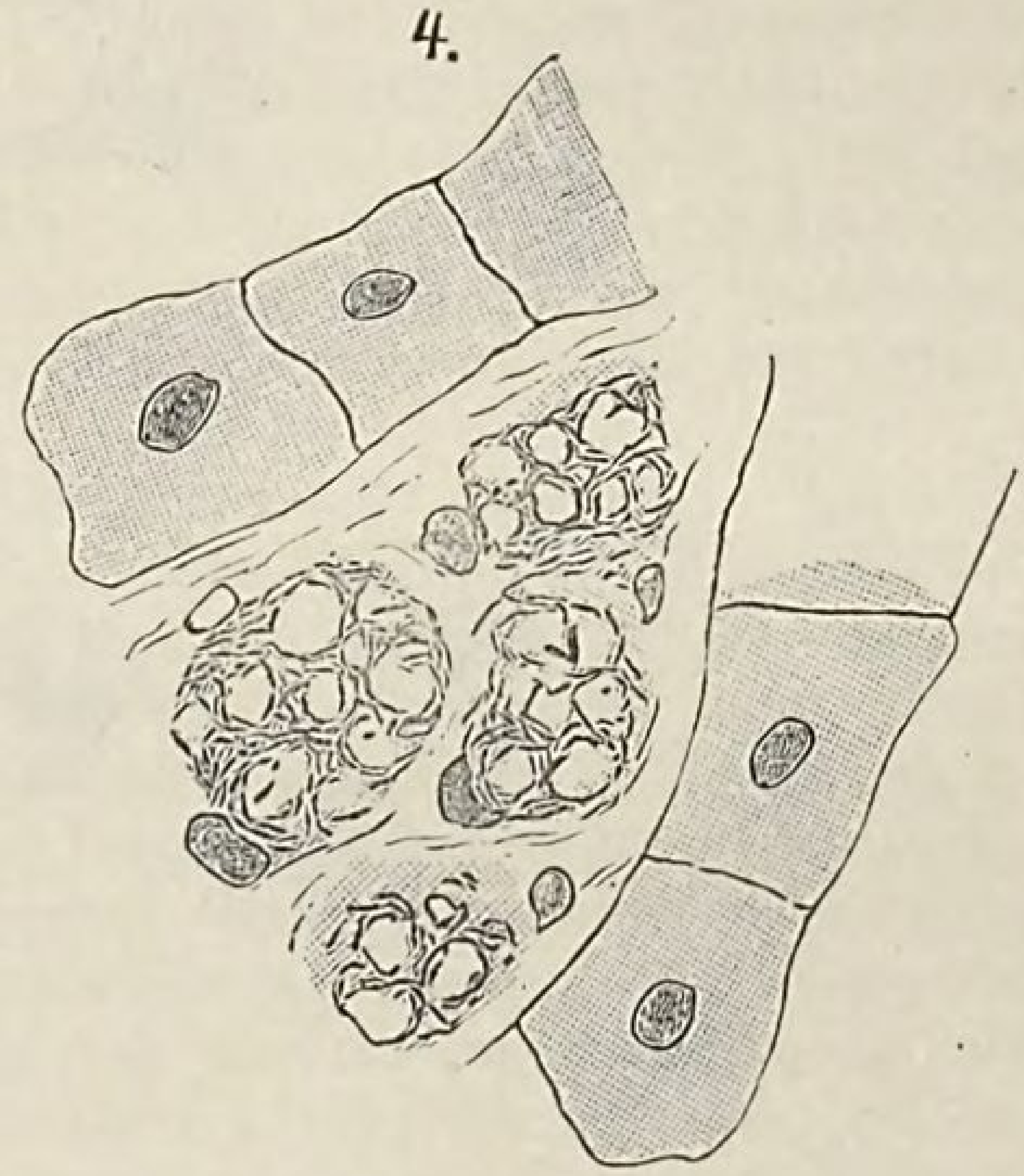
2.



3.



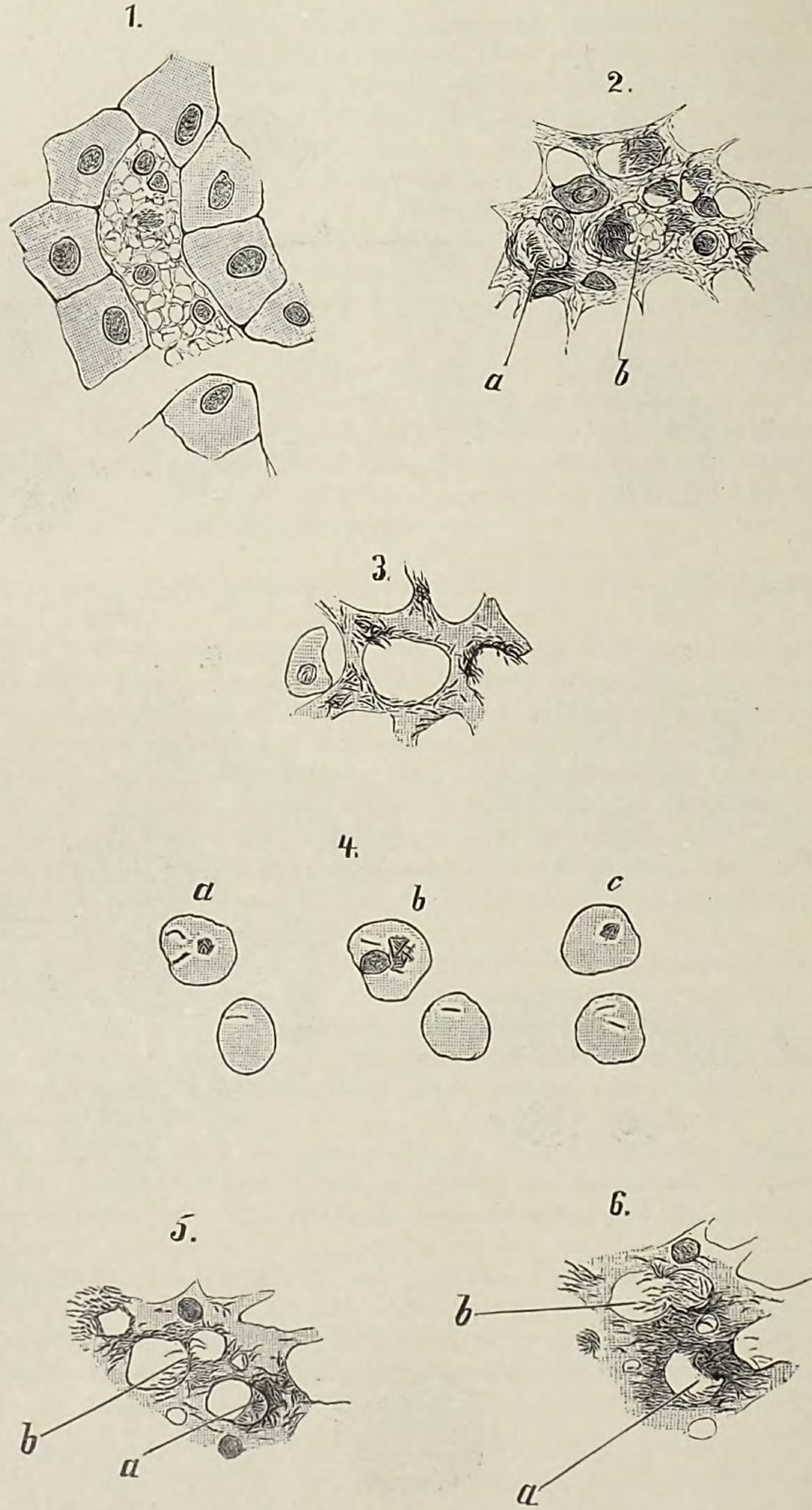
4.



5.



Tafel II.



Bemerkungen zur Frage der Leprazellen mit Demonstration mikroskopischer Präparate[1]).

Von

J. Schäffer in Breslau.

Bei den mikroskopischen Untersuchungen zur Frage der visceralen Lepra habe ich mich bemüht, die histologischen Eigenthümlichkeiten der leprösen Neubildungen gegenüber den tuberculösen Processen zu studiren. Als eines der am meisten charakteristischen Merkmale ist mir hierbei stets die Virchow'sche Leprazelle erschienen. Aus den zahlreichen Präparaten von Lepromen der Haut und leprösen Infiltraten der inneren Organe habe ich immer wieder den Eindruck gewonnen, dass ein sehr grosser Theil der Bacillen innerhalb der Zellen liegt.

Ich erlaube mir, die Abbildungen zweier mikroskopischer Präparate zu demonstriren, in denen die intracelluläre Lagerung der Bacillen deutlich sichtbar ist. In dem einen derselben (einem Ausstrichpräparat aus dem Nasensecret eines Leprösen, welches ohne Erhitzen angetrocknet, mit Carbolfuchsin, Schwefelsäure und alkalischem Methylenblau behandelt wurde) sieht man die Kerne der Leprazellen dunkelblau, das Protoplasma hellblau und scharf contourirt. Man kann an den einzelnen Zellen die Veränderung, welche die Bacilleninvasion in denselben hervorruft, aufs deutlichste verfolgen. Anfangs ist Kern und Protoplasma vollständig erhalten, so lange es nur vereinzelte Bacillen enthält; werden diese zahlreicher, so beginnt das Protoplasma Lücken aufzuweisen (Vacuolisation), in denen bisweilen die Bacillenhaufen ähnlich wie in einer Hülle liegen. Der Kern selbst behält stets seine Tinctionsfähigkeit bei,

1) Meine Discussionsbemerkungen zur Frage der Leprazellen im 2. Band der Verhandlungen sind stellenweise nicht ganz richtig wiedergegeben. So habe ich beispielsweise das Vorkommen der extracellulären Lagerung der Leprabacillen nicht bestritten, vielmehr betont, dass diese an manchen Stellen (besonders in Schleimhautlepromen) sehr häufig zu sein scheint. Ich habe im Folgenden mit den Bemerkungen, die ich bei der Demonstration mikroskopischer Präparate gemacht habe, noch einmal die Discussionsbemerkungen zusammengefasst.

wird jedoch (wie von verschiedenen Autoren bereits hervorgehoben) angenagt, zerklüftet, an manchen Stellen durch die Bacillen direct perforirt, was allein schon sehr für die intracelluläre Lagerung der letzteren spricht.

Das zweite Präparat stellt ein Leprom des Ohrläppchens dar, welches mit Carbolfuchsin gefärbt, mit 10proc. Aethylendiamin entfärbt und mit Löffler'schem Methylenblau nachgefärbt wurde. Mit dieser Färbungsmethode, bei der die Anwendung von Säure ganz vermieden wird, treten die Leprazellen mit dem vacuolisirten Protoplasma und dem meist angenagten Kern ausserordentlich deutlich hervor. Die Bacillen liegen in ziemlich reichlicher Zahl in den Zellen, deren Contouren überall sehr scharf hervortreten. Globi sind nicht zu finden, da es sich um ein verhältnissmässig junges Stadium der Leprazellen handelt.

Gerade das Studium dieses Anfangsstadiums scheint uns nun für die Entscheidung der Frage der Bacillenlagerung besonders geeignet zu sein.

Die Endstadien des Processes, wobei die Bacillen zu grossen Haufen angewachsen sind, sind hierfür weniger geeignet, denn auch diejenigen, welche an eine intracelluläre Lagerung der Bacillen glauben, werden zugestehen, dass die schliesslich resultirenden Bacillenklumpen Gebilde darstellen, welche den Namen der Zellen nicht mehr verdienen, selbst wenn sie auch ursprünglich in solchen lagen.

Es muss hierbei bemerkt werden, dass sowohl aus den Angaben in der Litteratur, als auch aus den Discussionsbemerkungen bei der Lepraconferenz hervorgeht, dass mit dem Namen Leprazellen noch verschiedene Dinge bezeichnet werden, dass insbesondere manche Autoren hierunter nur die Globi verstehen. Ob diese letzteren stets aus Zellen entstanden sind, oder ob sie bacillenerfüllte Lymphspalten sind, scheint mir bisher mit Sicherheit nicht entschieden zu ein. Dass indessen die erstere Annahme für manche Globi zutrifft, ist aus den allmäligen Uebergangsbildern von den ursprünglichen Leprazellen ersichtlich.

Von besonderer Bedeutung für die Entscheidung der Leprazellenfrage scheint mir das Studium der Leprome an Serienschnitten zu sein. Zahlreiche diesbezügliche Untersuchungen (von leprösen Infiltraten der Visceralorgane wie der Haut) haben mich gleichfalls in der Annahme der intracellulären Bacillenlagerung bestärkt. Manche Bacillenhaufen, welche in einem einzelnen Schnitt scheinbar frei im Gewebe liegen, erweisen sich durch die Combination der einzelnen Flächenbilder als zugehörig zu einem einheitlichen zelligen Gebilde mit Kern und deutlich contourirtem Protoplasma. Bei andern Bacillenhaufen wiederum ist ein Zusammenhang mit zelligen Elementen mit Hülfe der Serien auszuschliessen; diese liegen frei in den Lymphspalten. Bei dem von mir untersuchten Material war dies selten der Fall. Nach den Präparaten, welche Herr College Bergengrün heute demonstrirt hat, scheint es gerade bei den Schleimhautlepromen viel häufiger vorzukommen.

Zum Schluss noch eine Bemerkung zur Frage des Vorkommens

der Riesenzellen bei der Lepra, welche heute mehrfach gestreift wurde. Man muss hierbei auseinanderhalten die sogenannten „Lepra-Riesenzellen", welche mit den reichlichen Bacillenhaufen für das Leprom charakteristische und sehr häufige Gebilde darstellen, und die Langhans'schen Riesenzellen, welche zwar sicher bei der Lepra vorkommen können (durch Serienschnitte nachweisbar), immerhin aber nur ausnahmsweise gefunden werden. Unter einer sehr grossen Zahl von Lepromen, welche ich speciell hierauf untersucht habe, habe ich typische Langhans'sche Riesenzellen nur drei Mal in spärlicher Anzahl nachweisen können.

Demonstration zur Frage der visceralen Lepra.

Von

J. Schäffer in Breslau.

Herr Schäffer (Breslau) demonstrirt mikroskopische Präparate zur Frage der visceralen Lepra; das Material stammt von den Sectionen, welche Herr Dr. Arning in Honolulu ausgeführt hat. Unter 17 Fällen waren 11mal eigenartige Veränderungen der Visceralorgane mit ausserordentlich reichlicher Bildung von grossen gelblichen Knoten in Leber, Milz und polypösen Wucherungen auf Brust- und Bauchfell konstatirt worden. Es galt vor Allem die immer wieder aufgeworfene Frage zu entscheiden, ob diese Erkrankungen der Lepra oder der Tuberculose angehören. Dass dieselben nicht auf gewöhnliche tuberculöse Veränderungen zurückzuführen waren, schien bereits aus dem ganz eigenartigen makroskopischen Aussehen des Krankheitsbildes hervorzugehen, wie dies von Arning bereits hervorgehoben wurde. Um auf Grund des mikroskopischen Befundes eine Entscheidung herbeizuführen, war es nothwendig, an grösserem Material die histologischen Eigenthümlichkeiten des leprösen resp. tuberculösen Prozesses zu studiren. Es ergaben sich hierbei durchaus charakteristische Differenzen.

Die lepröse Neubildung ist grossentheils zusammengesetzt aus den polymorphen, vacuolen- und bacillenhaltigen Zellen (Virchow's Leprazellen), während andere Zellelemente nur wenig in Betracht kommen. Die Neubildung ist reich an Gefässen, welche oft in charakteristischer Weise in Folge reichlicher Bacilleninvasion erkranken. Oft findet man sehr grosse Bacillenhaufen in Gestalt der bekannten Globi. Der Aufbau der leprösen Neubildung entspricht meist dem Gefässbaum (ähnlich dem mancher Spindelzellensarcome). Niemals findet man circumscripte Herde von der Structur der Tuberkel, niemals die geringste Andeutung einer Verkäsung, selbst dann nicht, wenn die Bacillen in noch so zahlreichen Mengen das Gewebe durchsetzen. Die typische Langhans'sche Riesenzelle gehört zwar nicht dem gewöhnlichen Bilde der leprösen Neubildung an, kommt jedoch ausnahmsweise (wie durch die demonstrirten Serienschnitte erwiesen) hierbei vor, so dass sie als differential-diagnostisches Merkmal gegenüber der Tuberculose, wie

von manchen Autoren angegeben, nicht ohne weiteres verwandt werden darf.

Ganz im Gegensatze hierzu zeigt die Tuberculose die typischen aggregirten Herde, bestehend aus epitheloiden Zellen, von Lymphocyten umgeben, im Centrum schlecht färbbar oder verkäst, mit meist zahlreichen Langhans'schen Riesenzellen; die Bacillen sind gewöhnlich spärlich, bisweilen ausserordentlich selten und stehen im Missverhältniss zu der starken Gewebsreaktion und dem destructiven Charakter des von ihnen ausgelösten Prozesses — ein Gegensatz, der gegenüber der leprösen Erkrankung nicht scharf genug betont werden kann.

Nach den histologischen Untersuchungen ist nun an dem Vorkommen einer rein leprösen Visceralerkrankung nicht zu zweifeln, wie dies aus den bisherigen Publikationen und den eigenen Untersuchungen (Präparate von Milz und Leber) hervorgeht. Dagegen ergiebt die mikroskopische Untersuchung der knotig durchsetzten Visceralorgane der Arning'schen Sectionen das Nebeneinanderbestehen der leprösen und tuberculösen Neubildung in durchaus überzeugender Weise. So ist die eine ausgestellte Milz vollständig durchsetzt von typischen leprösen Infiltraten (mit allen oben geschilderten charakteristischen Merkmalen und massenhaften Bacillenanhäufungen), während dazwischen zahlreiche grössere und kleinere Tuberkel mit sehr ausgedehnter Verkäsung verstreut sind. Die übrigen Milzen zeigen dasselbe mikroskopische Bild, wobei stets der makroskopisch deutlichen Knötchenbildung das histologisch charakteristische Bild der Tuberculose entspricht. Ebenso verhält es sich mit den polypösen Wucherungen auf dem Peritoneum, insbesondere auf der Zwerchfellbekleidung. Die knotigen Auflagerungen auf dem Pericard weisen Tuberkelbildung auf, ohne dass lepröse Neubildung sich nachweisen lässt. In gleichfalls sehr überzeugender Weise findet sich die Symbiose von Lepra und Tuberculose auch bei der Lebererkrankung der Arning-schen Fälle. Hochgradige interstitielle lepröse Prozesse, die das stark verfettete Leberparenchym zum Theil verdrängt haben, dazwischen schöne verkäste Tuberkel mit zahlreichen Riesenzellen. Das eine Leberpräparat stellt den Rand eines etwa wallnussgrossen Abscesses dar; das Lebergewebe ausserordentlich stark verfettet, reichliche interstitielle Infiltrate aus typischen vacuolisirten Leprazellen bestehend mit massenhaft zu Haufen gelagerten Bacillen. Die Abscesswand besteht aus einer necrotischen Masse mit sehr zahlreichen Lymphocyten, vereinzelten polynucleären Leucocyten, wenig Riesenzellen und sehr spärlichen, nicht in jedem Gesichtsfeld nachweisbaren, grossen Bacillen. Auch hier ist an der tuberculösen Natur des Abscesses inmitten der leprös erkrankten Leber nach dem histologischen Bilde nicht zu zweifeln (zumal die Untersuchung der Bacillen wie dies später auseinandergesetzt werden wird, dieselben als Tuberkelbacillen erwies.)

Bei dem gleichzeitigen Bestehen der beiden Infectionsprozesse hat man stets den Eindruck, dass die tuberculöse Erkrankung die Oberhand gewinnt, indem diese deutlich die leprös infiltrirte Umgebung mitergreift (Reste von Leprazellen in der peripheren Zone der Tuberkel zuweilen auch in nekrotischen Partien derselben).

Obgleich nach den geschilderten histologischen Befunden ein Zweifel an dem gleichzeitigen Vorkommen von Lepra und Tuberculose ausgeschlossen erschien, war es doch erwünscht auch ein Unterscheidungsmerkmal der beiden Bacillenarten selbst zur Sicherung der Diagnose zu besitzen. Impfversuche oder Culturversuche, die anerkanntermaassen zur endgültigen Lösung der Frage das sicherste Verfahren sind, konnten bei dem zur Verfügung stehenden Material nicht angewandt werden.

Form und Grössenverhältnisse sind zur Unterscheidung der beiden Arten durchaus ungeeignet; aber selbst die tinktoriellen Differenzen, die auch nach Baumgarten's Ansicht keine principiellen sind, können nur mit grösster Vorsicht zur Differential-Diagnose verwendet werden und geben keine sicheren Anhaltspunkte für die Unterscheidung der Bacillen. Es waren zwar bei Anwendung der bekannten Baumgarten'schen Fuchsinfärbung die im tuberculösen Gewebe liegenden Bacillen nicht nachweisbar, während zahlreiche Leprabacillen gefärbt erschienen; indessen sei hierbei nur an die bei den beiden Krankheitsprozessen vorhandene Differenz im Bacillenreichthum erinnert, welche die Verwerthung dieses Befundes wesentlich beeinträchtigt.

Auch andere tinktorielle Unterscheidungsmerkmale konnten trotz sehr zahlreicher Versuche mit den verschiedensten Farben und Entfärbungsmitteln nicht gefunden werden. Dagegen liess sich ein auffälliger Unterschied im Verhalten der Lepra- und Tuberkelbacillen insofern constatiren, als die letzteren gegenüber äusseren Schädlichkeiten ihre Form viel länger beibehielten. Sie liessen sich namentlich nach Behandlung mit schwacher Säure (wenn auch nur zum Theil) mikroskopisch noch zu einer Zeit nachweisen, wo die Leprabacillen sämmtlich bereits zerstört waren. (Bei Behandlung mit 5proc. Schwefelsäure z. B. waren die Leprabacillen nach 5, höchstens 6 Tagen, die Tuberkelbacillen noch nach 11--12 Tagen färbbar. Auch mit Anwendung dieser Methode liess sich das gleichzeitige Vorkommen der beiden Bacillenarten in demselben Organe nachweisen.)

Nach Schäffer's Ansicht handelt es sich hierbei um eine Symbiose in dem Sinne, dass der lepröse Prozess eine Prädisposition für die Ansiedelung und Entwickelung der Tuberculose darstellt. Es erklärt dies einmal, warum die Tuberculose sich so häufig als Mischinfection hinzugesellt — unter den 17 Arning'schen Sectionen 11mal, sehr häufig auch nach den Arbeiten von Danielssen, Hansen, Damaschino, Beaven-Rake, Philippson und Anderen — und warum die hinzukommende Tuberculose jene ungewöhnliche und eigenartige mit hochgradiger Verkäsung und starken Destructionsprozessen einhergehende Form annimmt, wie sie wohl beim Thiere, kaum jemals aber beim Menschen beobachtet wird.

Zur Histologie der Lepra, insbesondere über Leprazellen, Globi und Riesenzellen.

Von

K. Dohi in Tokio.

Die Discussion über die Histologie der leprösen Veränderungen ist seit den Arbeiten Neisser's und seit der von Unna eröffneten Opposition gegen die Neisser'schen Anschauungen nicht mehr zur Ruhe gekommen. Wenn man die Arbeiten, welche noch in den letzten Jahren erschienen sind, mit einander vergleicht, so ist man erstaunt nicht bloss über die Verschiedenheit in der Deutung, sondern auch über die in der Schilderung der histologischen Befunde. Es ist zweifellos, dass diese Differenzen zum Theil in der Verschiedenheit des dem einzelnen Untersucher zur Verfügung stehenden Materials begründet sind. Deswegen ist aber auch jeder Versuch gerechtfertigt, selbst ein an und für sich spärliches Material zur Entscheidung der zur Discussion stehenden Fragen zu verwerthen, falls es nach der einen oder nach der anderen Richtung eindeutige Resultate zu ergeben scheint.

In diesem Sinne möchte ich ganz kurz über die Untersuchungen berichten, welche ich an einem Falle von tuberöser und an einem von anästhetischer Lepra in den letzten Monaten in der Klinik des Herrn Prof. Jadassohn in Bern unter seiner freundlichen Leitung zu machen Gelegenheit hatte, wofür ich es als angenehme Pflicht fühle, hier meinen herzlichen Dank auszusprechen.

Bei der tuberösen Form handelte es sich um einen Fall mit sehr reichlicher Knotenbildung, der einige Wochen vor der Excision der zur Untersuchung dienenden Hautpartie einen schweren, sogenannten erysipelatoiden Schub durchgemacht hatte. Ich habe die Präparate nach den verschiedensten Fixations- und Färbungsmethoden untersucht, sehe aber hier von einer eingehenden Beschreibung der histologischen Befunde ab, um nur dasjenige zu erwähnen, was zur Entscheidung der strittigen Punkte benutzbar zu sein scheint.

In erster Linie möchte ich die Frage berühren, wie weit das Epithel Leprabacillen enthalten kann. Dem Oberhauptepithel hat man bekanntlich eine mehr oder weniger vollständige Immunität zugeschrieben und erst in der allerletzten Zeit sind Untersuchungen

von Weber und Gravandia erschienen, welche über zahlreiche positive Befunde im Epithel berichten. Weber speciell hat nach Vorbereitung der Schnitte in Kalilauge Bacillen im Stratum Malpighi anscheinend innerhalb der Zellen, im Stratum lucidum und corneum ausserhalb der Zellen in von innen nach aussen abnehmender Zahl gefunden. Bei meiner theils mit derselben, theils mit anderen Färbungen vorgenommenen Untersuchung habe ich, trotzdem im Corium Unmassen von Bacillen vorhanden waren und trotzdem an einzelnen Stellen auch innerhalb des bekannten subepithelialen Grenzstreifens Zellen und Capillaren mit Leprabacillen bis dicht ans Epithel heranreichten, Bacillen im Stratum Malpighi nie mit Sicherheit constatiren können. Dagegen habe ich in den mit Kalilauge behandelten Schnitten zwischen den zum Theil losgelösten Hornmassen sehr häufig Bacillen gesehen. Es wäre nun gewiss möglich, dass diese nur bei der Präparation hierher gelangt sind, aber einmal habe ich diese Befunde auch an von der unverletzten Haut des Pat. abgeschabten Schuppen mit aller Sicherheit erheben können, und dann fällt an den Schnittpräparaten auf, dass die Bacillen sich besonders häufig und reichlich an denjenigen Stellen auf und zwischen der Hornschicht finden, an welchen die Haare austreten. Auch habe ich, wie viele andere, in den Wurzelscheiden des Haares fast regelmässig Bacillen in Häufchen in oft recht grosser Zahl nachweisen können. Ich habe dabei den Eindruck gehabt, dass diese Häufchen zwischen, und nicht in den Zellen liegen. Es liegt natürlich sehr nahe anzunehmen, dass, da ich den Weg der Bacillen durch das Rete selbst nie verfolgen konnte, in Fällen, wie dem meinigen, die Bacillen durch die Haarwurzelscheide nach aussen gelangen.

Auf die Bedeutung der Elimination der Bacillen durch die Oberhaut hat speciell auch Touton aufmerksam gemacht, als er ebenso wie Unna in den Schweissdrüsen Bacillen fand. Ich habe in meinen Präparaten darnach vergebens gesucht, trotzdem Schweissdrüsen in nicht geringer Zahl vorhanden waren. Ich habe nur die auch von Unna beschriebenen, sich mit Fuchsin roth färbenden Körnchen gesehen, von welchen Unna meint, dass sie unzweifelhaft in einem Zusammenhang mit den Bacillen stehen müssen. Ich kann mich dieser Ueberzeugung nicht recht anschliessen, denn einmal ist nicht einzusehen, warum man nie noch gut erhaltene Bacillen in den Schweissdrüsen findet, dann habe ich ganz dieselben Gebilde in den Schweissdrüsen der anästhetischen Lepra gefunden in Präparaten, in denen trotz eifrigsten Suchens von Bacillen keine Spur nachzuweisen war, endlich habe ich der Form nach ganz gleiche Dinge bei meiner Untersuchung über Rhinophyma gesehen, von denen ich zur Zeit allerdings nicht sagen kann, ob sie tinctoriell sich ebenso verhalten.

Es liegt mir natürlich ganz fern, die eigentlichen Bacillenbefunde Touton's anzuzweifeln, und so komme ich zum Resultate, dass die Bacillen bei tuberöser Lepra sowohl durch die Schweissdrüsen, als auch durch die Haare nach aussen gelangen können, dass aber der Nachweis ihrer directen Durchwanderung durch das Rete noch nicht mit aller Sicherheit erbracht ist.

In zweiter Linie möchte ich über die Resultate berichten, welche ich in Bezug auf die schwierigste Frage der Lepra-Histologie an meinem Material gewonnen habe. Hier stehen sich die Ansichten Neisser's und Unna's noch fast ganz unvermittelt gegenüber. Nur einzelne Versuche sind gemacht worden, die beiden Standpunkte zu vereinigen. Ich glaube, dass mein Material gerade für diese Frage besonders werthvoll gewesen ist. Ich kann natürlich an dieser Stelle in eine detaillirte Besprechung meiner Befunde nicht eintreten und möchte nur ganz allgemein das Wichtigste hervorheben. Besonders vortheilhaft war mir für diese Untersuchung die von Unna empfohlene Jodmethode und die Kühne-Borel'sche Methode zur Tuberkelbacillenfärbung (Hämatoxylin, Carbolfuchsin, Anilinum hydrochlor.). Mit diesen beiden Methoden werden nicht bloss die Bacillen in sehr viel grösserer Anzahl gefärbt als bei den gewöhnlichen Säureentfärbungen, sondern es werden auch die Zellcontouren stets gut sichtbar. Ich habe ausserdem noch speciell die Methoden angewendet, bei welchen die Plasmazellen Unna's gut hervortreten. Als erstes Resultat muss ich hervorheben, dass auch in meinen Präparaten an dem Vorkommen von wirklichen und echten Leprazellen ein Zweifel nicht bestehen kann. Ich brauche auf deren Beschreibung nicht weiter einzugehen. Sie entsprechen vollständig den von Neisser, Touton, Hansen und Looft, Philippson gegebenen Bildern. Von der Möglichkeit, dass es sich bei diesen Bildern nur um die Anlagerung verschleimter Bacillenhaufen an nackte Kerne handelt, kann nicht die Rede sein. Von welchen Gewebsbestandtheilen diese Zellen abstammen, ob sie aus ausgewanderten Leucocyten oder aus fixen Bindegewebszellen oder aus beiden hervorgehen, das wage ich hier ebenso wenig zu entscheiden, wie es bisher bei den anderen Granulationsgeschwülsten entschieden ist. Ich muss allerdings betonen, dass die, wie von allen Seiten betont wird, sehr geringe oder auch ganz fehlende Ansammlung sicher leucocytärer Elemente im Gewebe der tuberösen Lepra, sowie die Anwesenheit von Bacillen in zahlreichen, den epithelioiden Zellen der Tuberculose sehr ähnlichen Zellen demjenigen, der sich die Histogenese der Tuberculose nach Baumgarten vorstellt, die Annahme am nächsten legen, dass es sich auch bei den Leprazellen um Abkömmlinge der fixen Bindegewebszellen handelt. Ausser diesen Zellen habe ich aber an meinem Material noch zweierlei Gebilde in grosser Zahl gesehen, welche wesentlich schwieriger zu deuten sind: Einmal, und zwar in meinen Schnitten ganz besonders reichlich in den oberflächlich gelegenen Partien des leprösen Tumors, Dinge, welche unter den Begriff der Globi fallen, und dann Riesenzellen. Die Globi entsprechen sehr vielfach vollständig der zuerst von Neisser gegebenen Beschreibung. Während aber Neisser betonte, dass der Befund von wandständigen, pfriemenförmigen Endothelkernen auf die vereinzelte Richtigkeit der Auffassung hindeutete, dass es sich bei diesen Gebilden um Bacillenthromben ectatischer Lymphgefässe handele, habe ich in meinen Präparaten solche Befunde recht häufig erhoben. Wer diese von einem deutlichen Endothel umgebenen Hohlräume, in denen sich ein kompakter Bacillenhaufen von der Wandung retrahirt

befindet, zum ersten Male sieht, der wird kaum daran zweifeln, dass es sich hier in der That um präformirte Gebilde handelt, und da ich nirgends etwas von rothen Blutkörperchen gesehen habe, so ist mir der Gedanke unabweisbar, dass in meinem Falle in der That eine grössere Anzahl solcher Bacillen in Lymphgefässthromben vorhanden war. Ich habe diesem Gedanken eine noch positivere Unterlage geben wollen, indem ich diese Lumina durch Schnittserien zu verfolgen suchte. Früher habe ich bei derartigen Serien, die ich an der Klinik von Herrn Geheimrath Neisser angefertigt habe, eindeutige Resultate nicht erhalten. In letzter Zeit ist es mir in der That an einer Stelle durch sieb'en Schnitte (je 15 μ dick) hindurch gelungen.

Es liegt mir natürlich fern, diesen Befund verallgemeinern zu wollen; vielleicht ist der Gedanke gerechtfertigt, dass diese Lymphgefässthrombosen in meinem Falle so reichlich vorhanden waren, weil eben der Patient vor nicht langer Zeit einen erysipelatoiden Schub durchgemacht hat, bei dem möglicherweise wie beim wirklichen Erysipel die Embolisirung von Lymphgefässen eine besondere Rolle spielt.

Ueber das Vorkommen von Riesenzellen bei Lepra besteht bekanntlich ebenfalls noch eine grosse Meinungsverschiedenheit, doch wird ihr Vorkommen bei reiner Knotenlepra in immer weiteren Kreisen anerkannt. Unna beschreibt solide, plattenförmige Riesenzellen, Chorioplaxen, welche die Bacillenklumpen allseitig röhrenförmig oder auch seitlich klappenförmig umwachsen und den Myeloplaxen ähnlicher sind als den Tuberkelriesenzellen. Er bezeichnet dieselben als im allgemeinen nicht häufig, andere Autoren haben sie vielfach ganz vermisst. Ich muss es deswegen als einen besonders glücklichen Zufall bezeichnen, dass ich sie in meinen Präparaten in relativ grosser Zahl gefunden habe. Manche von den von mir gesehenen Gebilden waren allerdings doch den Riesenzellen der Tuberculose sehr ähnlich und unterschieden sich von ihnen wesentlich nur durch das häufigere Vorkommen von — scheinbaren oder wirklichen — Vacuolen. Sie enthielten mehr oder weniger zahlreich isolirt liegende Bacillen oder auch kleine Häufchen von solchen. Dann aber waren in nicht unbeträchtlicher Zahl auch diejenigen Gebilde vorhanden, die Unna zweifellos mit seinen Chorioplaxen meint, und innerhalb deren ein wirklicher Globus von Bacillen vorhanden war. Ein Globus, charakterisirt nicht bloss durch die Grösse und durch die scharfe Begrenzung des Bacillenhaufens, sondern auch durch die tinctoriellen Eigenschaften, insofern seine Grundsubstanz sich bei Färbung mit Metylenblau oder Thionin in einem deutlich bläulichen Tone färbt. Drei Möglichkeiten liegen, soweit ich sehe, zur Erklärung dieser Gebilde vor. Einmal können sie, wie Unna meint, durch Umwachsung von Bacillenhaufen entstanden sein, etwa in der Weise, wie Fremdkörperriesenzellen; dann könnten sie auch aus den zuerst beschriebenen Riesenzellen sich entwickelt haben, indem die Bacillen derselben zu wirklichen Globis auswüchsen; eine dritte Möglichkeit aber muss ich Angesichts der Bilder, die ich gesehen habe, besonders betonen. Es scheinen mir nämlich Uebergänge vorhanden zu sein von den von Endothel umkleideten Globis,

die ich als Lymphgefässthromben auffassen zu müssen glaubte, zu diesen Riesenzellen. Während das oben erwähnte Endothel an vielen Stellen die bekannten typischen, schmalspindligen, pfriemenförmigen Kerne aufweist, sind an anderen alle oder ein Theil dieser Kerne gequollen und bläschenförmig; dann giebt es Formen, in denen diese bläschenförmigen Kerne sich an einer Seite des Globus vermehrt haben und in zwei oder mehr Reihen liegen; Zellgrenzen sind nicht zu erkennen, die Kerne liegen in einer homogenen Masse, welche sich nach aussen sowohl, als auch gegen den Bacillenglobus scharf absetzt, von dem letzteren durch einen hellen Saum getrennt (Retractionsphänomen).

An vielen Stellen finden sich innerhalb dieser homogenen Masse einzelne Bacillen. Diese Uebergangsbilder haben mir die Anschauung aufgedrängt, dass eine Form von Riesenzellen bei Lepra in der That aus thrombosirten Lymphgefässen hervorgehen kann.

Ganz ähnliche Bilder hat augenscheinlich Rikli (Virchow's Archiv. 129. Band) in der leprösen Epiglottis gesehen. Er sagt geradezu, dass Riesenzellen, welche mit ihrem Protoplasmaleib einen grossen Bacillenhaufen umgeben, mit „quergeschnittenen bacillenerfüllten Endothelröhren" verwechselt werden könnten. Aber dieser Autor zeichnet nur ein solches Bild mit grossen, bläschenförmigen Kernen rings um den Haufen; das von mir beschriebene Stadium, in dem die Kerne ganz schmalspindelig und dunkel gefärbt sind — von Riesenzellenkernen noch ganz verschieden — hat ihm augenscheinlich nicht vorgelegen.

Man könnte sich wohl vorstellen, dass, wenn die die Bacillenmasse umgebenden Endothelien unter dem Einflusse einzelner losgelöster Bacillen oder auch von vorneherein von solchen inficirt, zu wuchern beginnen, dass dann ihr Protoplasma zusammensintert und so Riesenzellen bildet. Eine Verwechselung mit bacillenhaltigen Gefässquerschnitten, wie sie Hansen annahm, ist bei meinen Präparaten ausgeschlossen.

Bei den an erster Stelle erwähnten Riesenzellen wäre naturgemäss auch die Frage zu erörtern, aus welchen Zellen sie hervorgehen. Ich habe den Eindruck, dass sich mühelos Uebergänge finden lassen von ihnen zu den einfachen Leprazellen, die so oft beschrieben worden sind. Die letzteren fasst Unna, freilich ohne ihre Natur als bacillenhaltige Zellen zuzugeben, als Abkömmlinge seiner Plasmazellen auf. Ich habe diese letzteren der Unna'schen Beschreibung entsprechend in meist recht kleinen Häufchen an den Gefässen gesehen. Ich habe nie in einer Zelle, welche wirklich dem Typus der Plasmazelle entspricht, einen Bacillus constatiren können — auch hierin ganz in Uebereinstimmung mit Unna. Aber ich habe mich noch nirgends davon überzeugen können, dass Uebergänge bestehen von diesen Plasmazellen zu den Leprazellen, und ich bin deswegen zu dem Eindruck gekommen, dass die ersteren, wie Jadassohn und Marschalko es von der Tuberculose behauptet haben, mit der eigentlich specifischen Neubildung bei der Lepra nichts zu thun haben.

Auf alle anderen Punkte, welche einer Erörterung auf Grund meiner Präparate werth wären, möchte ich an dieser Stelle nicht eingehen. Nur eins möchte ich noch erwähnen, dass nämlich trotz der sehr starken erysipelatoiden Entzündung, unter welcher die excidirte Haut wenige Wochen vor der Excision gestanden hatte, histologische Zeichen dieser Entzündung kaum noch vorhanden waren. Das steht ganz in Uebereinstimmung mit der klinischen Beobachtung, dass diese ausserordentlich hochgradige, zu reichlicher Pustelbildung Anlass gebende Entzündung sich ganz auffallend schnell zurückbildete. Nur an einer Stelle habe ich eine circumscripte Infiltration mit Eiterkörperchen um einen sehr grossen Bacillenhaufen gesehen. Diese Stelle machte mir ganz den Eindruck, als wenn die Bacillen ein Blutgefäss thrombosirt hätten und als wenn dessen Wand von Leucocyten mit fragmentirten Kernen durchsetzt wäre.

Ueber meine Präparate von Fleckenlepra kann ich eigentlich nur Negatives berichten. Trotzdem es sich um Randpartien eines ungeachtet seines langen Bestehens sehr deutlich erythematösen Herdes handelte, habe ich Bacillen nicht entdecken können und ich habe hier auch die von Hodara jüngst beschriebenen Riesenzellen ebenso wie alle Erscheinungen acuterer Entzündung vermisst. Die Gefässe waren allenthalben eingescheidet von recht grossen, spindelförmigen Kernen mit blasser Färbung und ohne deutlich darstellbares Protoplasma. Das war aber auch der einzige pathologische Befund bei dieser noch immer so rätselhaften Erkrankung.

Ich hoffe in meiner Heimath reichliche Gelegenheit zu haben, diese Untersuchungen fortzusetzen, und werde dann, auf ein grösseres Material gestützt, eingehender über dieselben berichten können.

Nachtrag.

Inzwischen ist meine von Hause bestellte japanische und chinesische Literatur in meine Hände gelangt.

Im Gegensatze zu meiner früheren Mittheilung finde ich nun, dass bereits im 96. Bande des oben genannten Ruishin-Ho eine ziemlich genaue und klare Beschreibung der Lepra gegeben ist. Dieses Werk ist zur Periode Daido (806—810 n. Chr.) von zwei Leibärzten Abé und Izumo auf Befehl des damaligen Kaisers abgefasst. Der grossen Wichtigkeit wegen erlaube ich mir den Inhalt in Folgendem wortgetreu wiederzugeben:

Mitari-kasa-yama (Lepra).

Hierbei stellt sich zuerst ein Hitzegefühl des ganzen Körpers ein. Der Urin ist stark concentrirt, es besteht Stuhlverstopfung, das Allgemeinbefinden im übrigen gut. Erst nach mehreren Monaten stellt sich ein Juckgefühl (wahrscheinlich Parästhesien) ein. Dieser Zustand kann Jahre lang dauern, bis sich eine Atrophie der Finger und der Handfläche, Ausfall der Augenbrauen, leichte Röthung des Gesichts, Anästhesie des ganzen Körpers und Geschwürsbildung an den Füssen einstellen. Hiervon kommt aber eine Reihe Abweichungen vor.

De l'absence du bacille de Hansen dans un cas de lèpre tuberculeuse et des rapports de la lèpre nerveuse avec la syringomyélie.

Par

Petrini de Galatz (Bucarest).

Avant que Hansen eût découvert un bacille dans la lèpre, on confondait souvent la forme tuberculeuse de cette maladie avec la syphilis et la forme nerveuse entrait dans le cadre vague de „trophonévrose".

Mais depuis cette grande découverte on n'a plus le droit de faire un diagnostic de lèpre, sans mettre le bacille en évidence et ceci est indispensable tant pour la forme systématisée tégumentaire que pour la forme systématisée nerveuse.

Pour mon compte, je vais encore bien plus loin et je dirai que, convaincu des avantages du microscope, chaque jour à ma clinique j'emploie deux heures pour établir, par le microscope, le diagnostic des mes malades, puisque l'on sait qu'en dermato-syphiligraphie on rencontre souvent des cas ambigus; aussi, selon moi, le microscope est tout aussi indispensable en clinique dermatologique qu'il l'est en bactériologie.

Certes, lorsque la lèpre tuberculeuse se présente avec son facies caractéristique, rien de plus facile, pour celui qui a vu de tels cas, que le diagnostic de cette maladie; mais, pour la forme nerveuse peut-on dire la même chose?

Il me semble que non.

C'est pourquoi dans une communication faite au Congrès de Breslau[1]) je disais: „Par conséquent la recherche de ce bacille, sa mise en évidence s'impose, quand on veut établir un diagnostic exact et cela se comprend surtout pour la lèpre nerveuse pour les motifs que nous venons d'invoquer." Puisque jusqu'alors j'ai toujours trouvé le bacille en abondance, facilement, dans la lèpre tuberculeuse et cela

1) Le Bacille dans la lèpre systematisée nerveuse. Des IV. Deutschen Dermatol. Congresses. p. 3.

non seulement dans les lépromes, mais même dans les petites tâches brunâtres qu'on observe à la place des lépromes résorbés.

Aussi ai-je dit à mon auditoire de la clinique, qu'il ne faut pas considérer comme une guérison la disparition des lépromes, du moment qu'on trouve encore le bacille dans les dites taches.

Par conséquent, il n'y aurait pas de lèpre sans la mise en évidence de son bacille.

Pourtant on est quelquefois obligé d'inscrire un tel diagnostic, malgré l'absence de ce microbe.

Voici d'abord un cas signalé par notre très illustre léprologue, le Dr. Zambaco-Pacha.[1])

„Un malade, traité depuis bientôt sept ans dans plusieurs hôpitaux de Paris, a été considéré par tous les chefs de service comme étant le type le plus manifeste du mal de Morvan.

Il a commencé par faire ses entrées dans le monde scientifique et prendre rang en nosographie sous les auspices d'un grand observateur, qui prit lui même son observation, du professeur Hayem.

Quelque temps après, le Dr. Monod lui amputa successivement plusieurs doigts qui se nécrosaient et publia son observation avec le Dr. Raoul, dans les Archives de médecine et de chirurgie, sous le nom de Mal de Morvan.

Peu après il entre à l'hôpital Tenon où on l'ampute encore des doigts. Le Dr. Broca en parla dans la Gazette hebdomadaire, si j'ai bonne mémoire, toujours sous la rubrique de maladie de Morvan. Puis il revient encore à Saint-Antoine pour subir une nouvelle amputation de doigts toujours pour sa censée paréso-analgésie.

Après cela il entre à la Salpètrière, où il reste pendant onze mois. De là il se rendit à l'hòpital protestant de Neuilly, puis à Bicètre, où on le garde aussi pendant des mois. Or, partout, toutes nos sommités médicales confirment, les unes après les autres, le diagnostic de mal de Morvan.

Cette observation, continue l'auteur, figure dans tous les mémoires, dans tous les journaux, dans toutes les thèses soutenues devant notre Faculté sur la maladie nouvelle, comme le type le plus parfait de la syringomyélie ou de la maladie de Morvan.

Pour compléter ma narration, je dois ajouter que le Dr. Gombault a examiné avec patience et habileté et de toute façon les doigts amputés et qu'il n'a jamais pu voir un seul bacille, pas plus que les grandes cellules de la lèpre, et tout le monde reconnait la compétence de M. le Dr. Gombault.

Eh bien! pour moi, dit M. Zambaco, il ne s'agit que d'un cas de lèpre mutilante incontestable, que j'ai reconnue à première vue.

Avant même de le voir et en lisant tout simplement la description du malade, mon opinion était faite. J'ai tant observé de ces maladies, j'en ai tellement acquis l'expérience, que je n'ai besoin, pour poser mon diagnostic, ni de disséquer les nerfs, ni de chercher le microbe.

„Mais il fallait rendre le fait patent pour tout le monde, par la

1) Journal des maladies cutanées et syphilitiques. t. IV. 1891. p. 484—485.

confirmation des spécialistes dont l'opinion ne pourrait être récusée, car ma voix seule aurait été perdue dans le désert."

C'est pourquoi Mr. Žambaco prit le parti de demander l'avis des médecins de l'hôpital Saint-Louis qui, „réunis tous en consultation, furent unanimes, sans discussion, sans la moindre hésitation, à reconnaître dans le malade un bel exemple de lèpre."

Voyons maintenant l'observation de notre malade.

II.

Lèpre tuberculeuse.

La nommée Marie D., de 24 ans, non mariée, d'un département de montagne (C. Lung), est entrée le 16. sept. 1896 dans mon service de l'hôpital Coltza, et est sortie le 6. janvier 1897.

De ce département nous avons eu aussi d'autres cas de lèpre typique.

Anamnèse. La mère de la malade est morte depuis 14 ans, le père depuis 3 ans seulement. Elle ignore de quoi ils sont morts.

Elle a deux frères et une soeur bien portants.

Antécédents personels. Elle dit avoir souffert de fièvre intermittente dans son enfance.

A été menstrué à 14 ans.

A 12 ans, elle observa pour la première fois sur la jambe gauche une tache rougeâtre suivie ensuite de bulles qui s'ulcérèrent, puis les mêmes lésions apparurent après quelque temps sur la jambe droite et ensuite sur les membres supérieurs du côté des mains, où, avec les bulles, elle avait observé aussi quelques petites nodosités, sans changement de coloration de la peau.

Il y a 8 ans, des lésions semblables parurent sur le visage et même l'oeil gauche fut atteint, si bien qu'elle perdit la vue de ce côté, après trois mois seulement.

Bientôt les lésions se généralisèrent: les membres inférieurs, les membres supérieurs et le visage en furent envahis d'une manière assez étendue.

Etat présent à son entrée dans le service. De constitution médiocre, état général assez satisfaisant.

Région céphalique. La chevelure est abondante, de couleur noire.

Sur le front nous observons un grand nombre de cicatrices, les unes régulières, les autres irrégulières, avec empâtement du tégument qui est d'une coloration noirâtre. La malade peut imprimer tous les mouvements à la peau du front.

Les sourcils sons rares, mais pas trop tombés.

Sur le globe oculaire gauche on constate une cicatrice blanchâtre, proéminente, qui couvre presque toute la cornée, qui est opaque. La vue de ce côté est perdue depuis longtemps à la suite de l'ulcération d'une nodosité-léprome qu'elle a eue.

Les cils sont aussi rares.

Les lobules et les pavillons des oreilles sont d'une coloration noirâtre et couverts de cicatrices, restes des lésions qu'elle dit avoir eues.

Le visage offre la peau empâtée, sclérosée et un grand nombre de cicatrices. Parmis celles-ci il y a de chaque côté une grande cicatrice dure, proéminente, mais lisse, noiràte qui s'étend de l'angle interne de chaque oeil jusqu'au bord interne du massèter.

Sur le côté droit du visage en bas et en dehors de la grande cicatrice men-

tionnée, il existe un grand nombre de petites cicatrices, irrégulières, sclérosées, restes des lépromes anciens et parmi celles-ci des taches erythémateuses.

Le nez est couvert aussi de cicatrices d'une coloration brunâtre.

La lèvre supérieure est hypertrophiée, empâtée, elle se congestionne de temps en temps et quelquefois il apparaît un léger soulèvement épidermique, vésiculeux. Ce sont des poussées de lymphites lépreuses qui durent trois à quatre jours.

Sur le menton on observe aussi plusieurs cicatrices, plates ou proéminentes et pigmentées. La sensibilité du tégument est peu abolie. Les muscles du visage ne sont nullement paralysés.

Rien à noter du côté de la cavité buccale.

Membres supérieurs. De deux côtes sur les bras et les avant-bras, on trouve un grand nombre de cicatrices d'un rouge violacé, disposées surtout en grand nombre aux régions du coude où la peau est infiltrée.

Sur les bras, quelques taches achromiques, comme de vitiligo, et les sillons de la peau sont agrandis.

L'élasticité est perdue sur toutes ces régions.

Sur le bord radial de l'avant-bras droit on constate deux petits lépromes, gros comme des petits pois, sclérosés, anesthésiques.

Mains. La peau de la région dorsale est d'une coloration brunâtre, sèche, sans élastiticé, ridée et à la région radio-carpienne quelques cicatrices.

Les ongles ont perdu leur aspect normal.

Les muscles en partie atrophiés.

Les sensibilités: tactiles et à la douleur presque normales.

Membres inférieurs. La peau de ces régions est sèche et a un aspect ichtyosique, noirâtre, surtout sur les jambes. Elle est ridée, couverte en partie de fines squammes d'un blanc noirâtre, ardoisées, qui s'enlèvent avec facilité et, dans certains endroits, vers les genoux, ces squammes sont plus grandes et carrées.

Cet aspect simule l'ichtyose serpentine, mais la peau est ici hypertrophiée, infiltrée dans certains endroits.

Toujours sur les jambes et les cuisses la peau est couverte aussi d'un grand nombre de cicatrices déprimées, les unes petites, les autres grandes comme une pièce de deux francs, blanchâtres ou brunâtres et quelques-unes grandes comme des pièces de cinq francs.

Ces cicatrices sont les restes des bulles ulcérées ou de nodosités, lépromes, que la malade a eus.

Par ci, par là, on observe des croûtes noirâtres sèches et des régions de peau rouge parmi les tâches brunâtres et ardoisées mentionnées.

L'élasticité de la peau est perdue, surtout sur les faces externes des jambes.

Sur les fesses, des tâches achromiques, comme celles de vitiligo, situées sur des carrés de peau ridée.

On observe aussi sur la partie inférieure des cuisses des cicatrices chéloidiennes, restes probablement aussi des lépromes.

Pieds. Sur le bord interne du pied gauche, au niveau de l'articulation tibio-tarsienne, on constate deux exulcérations: une grande comme une noisette et l'autre comme un petit pois, couvertes de croûtes rouges brunâtres.

L'articulation tibio-tarsienne du côté gauche est en partie ankylosée. Les régions de la maléole interne et de l'astragale sont aussi épaissies, infiltrées et la palpation est douloureuse.

La peau de la plante des pieds offre le même aspect ichtyosique que nous venons de décrire.

Les ongles de tous les orteils sont épaissis, crevassés et noirâtres.

L'examen de la sensibilité. La peau des membres inférieurs est hyperesthésiée, car le moindre attouchement produit de la douleur. La sensibilité thermique est aussi intacte sur la plus grande étendue.

Tout de même nous avons pu exciser pour l'étude un petit fragment de peau infiltré de la partie inférieure et externe de la cuisse sans avoir anesthésiée la règion.

L'étude bactériologique de ce fragment, a été tout à foit infructueuse, nous n'avons trouvé aucun bacille.

Région de l'abdomen. Rien à signaler.

Région antérieure du tronc. A la surface des mamelles on observe plusieurs petites cicatrices blanchâtres et la peau est ridée.

Sur la mamelle gauche une grande cicatrice comme un pièce de cinq francs de couleur rose, restes d'une grande bulle. Le mamelon paraît atrophié et toute la peau de la région est ridée et hyperesthésiée.

Région postérieure du tronc. Sur les parties latérales de la colonne vertébrale on observe une série de taches erythémateuses plus ou moins régulières et vers les régions lombaires ces taches sont couvertes de squammes fines, comme du son, qui sont en desquammation. De même on observe sur ces régions des taches de vitiligo; la peau a perdu son élasticité et est ridée.

La peau de ces régions est aussi très hyperesthésiée.

Pendant le séjour de la malade dans notre service, en outre des poussées de lymphangites signalées à la lèvre supérieure, nous avons observé: la congestion du globe oculaire gauche avec l'injection des vaisseaux péri-cornéens et l'apparition sur le côté gauche de la lèvre supérieure de deux petits lépromes comme des graines de millet et pendant quelques jours de la fièvre et la congestion de la face.

Le gros orteil du pied droit est devenu rouge, tuméfié et douloureux et érodé à sa partie interne à la suite d'un soulèvement épidermique.

La surface en est suintante et je fais faire quelques lamelles pour la recherche du bacille, avec la sérosité séro-sangoinolente.

L'examen a été complétement infructueux au point de vue des micro-organismes. Après quelques jours on observe une bulle à la surface du gros orteil mentionné. Avec le liquide de cette bulle on fait de nouvelles préparations microscopiques.

Je ne trouve pas de bactéries.

Quatre jours plus tard, l'épiderme de la face inférieure de ce gros orteil s'enlève en lambeau et il reste une surface excoriée suintante. Nouvelles préparations microscopiques avec cette sécrétion et toujours sans découvrir de bactéries.

En raclant cette surface pour prendre la sécrétion, la malade n'a accusé aucune douleur.

Nous avons excisé aussi un petit léprome ancien sur le bord radial du côté droit pour l'examen microscopique et dans plus de trente coupes n'avons rencontré aucune bactérie.

Cette observation concerne-t-elle un cas de lèpre tuberculeuse?

Il nous semble que oui.

En effet, la chronicité et la longue évolution de la maladie, la perte de la vue du côté gauche précédée d'une nodosité, les cicatrices

multiples est les tâches précédées aussi de bulles ou de nodosités, les poussées de pseudo-érysipèle et de lymphangites, le commencement du mal perforant plantaire, etc., ne peuvent être mis sur le compte d'une autre maladie que la lèpre.

Ce cas n'est pas un cas de lèpre fruste incomplète ou atténuée, mais un cas de lèpre dans lequel l'évolution des symptômes principaux a eu une marche lente et s'est même arrêté de temps en temps; et quoiqu'il survienne par moments des poussées de pseudo-érysipèle et des lymphangites, avec un certain état fébrile, celles-ci avortent après trois ou quatre jours.

Ce qui m'a étonné le plus dans ce cas, c'est l'absence du bacille de Hansen dans le contenu des vesico-pustules, qui accompagnaient les poussées lymphangitiques du visage.

Car si, comme je viens de le dire, je n'ai pas rencontré ces bacilles dans les coupes des deux biopsies, je m'attendais par contre sûrement à rencontrer l'agent pathogène de cette maladie dans les poussées aigues, quoique avortées, que nous avons observées.

Mais suis-je en droit de dire que chez cette malade il y a eu absence complète de bacilles? Et ne pourrait-on m'objecter qu'il est possible qu'en faisant trois ou quatre biopsies j'aurais peut-être trouvé un foyer où les bacilles auraient été présents?

La chose est possible, mais du moment que dans deux fragments (une nodosité sclérosée, et un fragment de peau tacheté et épaissi) je n'ai trouvé aucun microbe, je me suis arrêté là; car d'habitude, dans cette forme de lèpre, et pour notre compte aussi dans la forme nerveuse pure, nous avons toujours constaté la présence du bacille en question.

Donc nous avons diagnostiqué ce cas de lèpre, malgré l'absence du microbe, qui l'accompagne ordinairement.

Peut-être me serait-il même permis de dire que du moment où dans le pus de suppuration du mal perforant et des poussées de lymphangites mentionnées la recherche des bacilles a été tout à fait infructueuse, celle-ci n'aurait pas été plus fructueuse en biopsiant et en examinant les coupes de quatre ou de cinq autres pièces?

Ainsi donc, à côté des cas de lèpre où le bacille se trouve facilement et en abondance, nous devons admettre des cas où à un certain moment les bacilles font défaut.

Du reste cette supposition nous paraît renforcée aussi par ce fait capital: la longue durée de cette maladie dans certains cas, accompagnée d'un état général des plus satisfaisants.

Je tâcherai de faire venir cette malade de nouveau dans mon service, je la garderai le plus que je pourrai, afin de voir s'il lui surviendrait des lépromes typiques et faire de nouvelles coupes pour la recherche des bacilles.

Jusqu'alors et avant de finir cette partie de notre communication, qu'il me soit permis de citer encore les paroles suivantes de Zambaco-Pacha, prononcées dans sa remarquable communication à l'Académie de Médecine de Paris, en 1892.

„En Bretagne, la lèpre conserve parfois tous ses caractères classiques. Elle est alors facile à diagnostiquer; mais dans l'immense

majorité des cas elle est légère, incomplète, atténuée, elle ne signale son existence que par un ou deux de ses symptômes; en un mot, elle est fruste et par conséquent méconnaissable pour ceux qui n'ont pas l'expérience voulue pour la démasquer.

D'ailleurs, ces cas de lèpre, dénoncés par un ou deux signes seuls, se rencontrent également dans les localités où la lèpre est en activité, en Turquie, aux colonies, etc. . . .

En effet, il arrive aussi que la lèpre anesthésique s'arrête à la première période pour des années et même pour toujours.

Il en est de même de la mutilante, après la perte d'un ou de deux doigts.

„Les boutons ou tubercules et les plaques pigmentaires sur lesquels on s'est basé jusqu'à présent pour établir le diagnostic différentiel entre la syringomyélie ou la maladie de Morvan et la lèpre peuvent faire défaut même dans les foyers lépreux en activité. Leur absence n'autorise donc pas à exclure la lèpre.

Et pour conclure, je dirai:

a) Pour faire le diagnostic de la lèpre et surtout de la forme tuberculeuse, il est indispensable de mettre le bacille de cette maladie en évidence.

b) Pourtant à certains moments il peut arriver que dans les cas de lèpre à marche très atonique, comme c'est le cas de ma malade, on ne puisse pas rencontrer ce bacille.

c) Dans de tels cas on passera outre et, la clinique prenant ses droits, le diagnostic de lèpre ne sera pas exclu.

III.

Mais l'absence du bacille dans le cas que je viens d'étudier soulève d'autres réflexions.

Si le bacille manque quelquefois dans la lèpre systématisée tégumentaire, que pourrait-on dire de son absence dans la forme nerveuse? Et quels rapports existe-t-il entre cette forme de lèpre et la syringomyélie?

On sait qu'avant la première communication de Zambaco-Pacha sur la survivance de la lèpre dans certaines régions de la France, nombre de cas de lèpres typiques étaient décrits comme cas de syringomyélie ou de maladie de Morvan.

Qu'il nous suffise à ce propos de rappeler le cas remarquable cité plus haut par Zambaco et observé pour la première fois par le professeur Hayem (de Paris).

Je dois aussi mentionner que le très distingué professeur Pitres (de Bordeaux), à la suite de la communication de Zambaco à l'Académie, chercha mieux le bacille dans un cas considéré jusqu'alors comme „syringomyélie", n'hésitant pas à sectionner un rameau nerveux et découvrit ainsi le bacille de Hansen; il changea alors son premier diagnostic.

Mais s'il n'avait pas découvert le bacille dans ces préparations microscopiques, aurait-on pu maintenir le premier diagnostic? Cela est possible, mais on ne doit pas l'admettre comme une loi absolue, puis-

que l'absence du bacille de Koch dans les crachats d'un tuberculeux, diagnostiqué cliniquement, n'exclut pas la tuberculose.

De même l'absence du bacille virgule dans les produits des cholériques, découvert par Koch comme agent pathogène du choléra, n'empêcha pas d'éminents cliniciens, pendant les dernières épidémies, d'admettre le choléra.

Donc si, dans un cas de lèpre tuberculeuse, je n'ai pas trouvé des bacilles, alors que dans plus de trente cas que j'ai eu à soigner dans mon service ce microbe a été rencontré régulièrement, il faudra admettre que dans la forme nerveuse cet agent manque le plus souvent et les faits ci-dessus énoncés le prouveraient suffisamment.

Aussi, sans pouvoir l'affirmer pour le moment, il me semble que notre très distingué collègue, le Dr. Zambaco, est plus près de la vérité que nous autres, qui voulons à tout prix voir le microbe pour établir notre diagnostic, comme si la clinique n'avait plus le droit de cité en nosographie médicale à cette fin de siècle.

On dit souvent qu'un fait positif vaut plus que cent faits négatifs.

Pourquoi oublier alors le cas du Dr. Souza Martins (de Lisbonne)?

Cet auteur, comme on le sait[1], a observé et suivi l'évolution d'un cas typique de syringomyélie, confirmé par la nécropsie. Mais dans la cavité de la moelle, région cervicale, on a trouvé une masse diffluente, dans laquelle on a découvert le bacille de Hansen.

Par conséquent, dans ce cas, la syringomyélie était due au bacille de la lèpre et, dès lors, malgré le doute qu'émet M. Chantemesse (de Paris)[2] à l'endroit de ces préparations, le fait n'en entraîne pas moins la conviction en faveur de la lèpre.

Je rappelerai aussi que lorsqu'on eut décrit la maladie de Morvan qui n'est qu'une forme de syringomyélie, Dejérine[3], qui est une autorité en neurologie, admit la nature périphérique pour la maladie de Morvan.

Cette nature périphérique implique pour ceux qui s'occupent de la lèpre qu'il s'agit de „Névrites lépreuses", et je vais me servir de cet argument dans ma communication.

Si donc la syringomyélie et la maladie de Morvan ont été et sont par les uns considérées comme affections indépendantes de la lèpre systématisée nerveuse; tandis que pour les autres ces manifestations syringomyéliques et de pareso-analgésie ne sont que des cas de lèpres atténuées, frustes etc. . . ., c'est que, comme nous venons de le dire, depuis la découverte de Hansen, on exige la présence de ce microbe pour diagnostiquer la lèpre.

Or, nous avons cité des cas typiques de lèpre nerveuse, admis comme tels par nos sommités dermatologiques, où la présence du bacille a fait défaut.

Nous venons aussi de dire que nous sommes de ceux qui croient

1) Souza Martins, Revue de Neurologie de 1894 et Semaine Medicale No. 20 de 1894.

2) Le Progrès Médical No. 17 de 1895.

3) Journal Loco cit. 1893. p. 661.

d'une manière sincère dans les bienfaits que les recherches bactériologiques offrent au clinicien et nous en faisons journellement un long usage; mais le fait de lèpre tuberculeuse sans bacille, que nous avons étudié, nous montre le bien fondé des opinions soutenues par Zambaco-Pacha sur cette question.

IV.

On admet que le bacille de Hansen est l'agent pathogène de la lèpre, quoiqu'on n'ait pu arriver jusqu'ici à cultiver ce microbe d'une manière courante; et les microbes, comme nous le savons tous, sont tout aussi nuisibles par leurs sécrétions, par leurs toxines, bien que nous ignorions encore ce que sont ces toxines.

Force nous est donc d'admettre aussi les toxines du bacille de Hansen.

En les admettant ne pourrait-on pas supposer qu'un individu à lèpre atténuée peut transmettre héréditairement ou par contagion une lèpre aussi atténuée et sans bacilles?

En d'autres mots, la lèpre due aux toxines donnerait lieu à une lèpre sans bacilles, comme la lèpre à bacilles donnerait lieu à une lèpre avec bacilles.

Certes, ceci n'est qu'une supposition et la question ne pourra être si facilement résolue.

Car on dira: Où est le foyer bacillaire, source de ces toxines?

Nous l'avons vu dans le cas de Souza Martins, ce foyer était dans la moelle.

On comprendrait peut-être mieux ainsi, pourquoi on rencontre des cas de lèpre nerveuse où l'on ne peut trouver aucun bacille; quant aux cas appelés „syringomyélie" parce que cet agent microbien a fait défaut, alors qu'ils se rapprochent plutôt de la lèpre, ils rentreraient de la sorte plus facilement dans le cadre de cette dernière maladie.

Voici un cas qui, faute de la découverte du bacille de Hansen dans des fragments de peau, a été diagnostiqué par moi: Vitiligo, syringomyélie, chiromégalie.

Nicolas Jean Nica, agé de 30 ans, de la commune d'Albesti, district Arges, laboureur, entré à l'hôpital le 7 décembre 1894.

Antécédents héréditaires. Son père vit et est bien portant; sa mère est morte après quatre semaines de maladie. Frères et soeurs bien portants. Aucun de ses collatéraux ou même voisins ne souffre de l'affection dont il est atteint.

Antécédents personnels. A eu des fièvres comme enfant plusieurs fois. Pas de maladie vénérienne. Pas d'excès alcooliques, ni venériens.

Historique de la maladie. Il y a 3 ans, il a commencé à sentir dans les jambes une sensation de froid accompagnée de douleurs; au bout de quelque temps apparurent des bulles qui se montrèrent dans l'ordre suivant; d'abord sur le pied gauche, où elles étaient de la grosseur d'un haricot et d'autres plus grandes. Ces bulles crevaient et guérissaient et la place restait légèrement tâchetée en rouge et cette place devenait anesthésique. Le fait important c'est que ces bulles apparaissaient juste aux endroits où la peau était très saine. De la même manière ap-

parurent des bulles sur le pied droit qui guérirent à leur tour comme les précédentes.

Ensuite apparurent sur le genou droit des bulles qui crevèrent et laissèrent des cicatrices; plus tard apparut sur la région fessière gauche une grosse bulle qui en crevant a laissé une cicatrice qui s'observe encore aujourd'hui; on voit également de cicatrices sur la jambe gauche.

Il y a un an, pendant l'hiver, le malade revenait de la foire par une nuit très froide, quand son cheval vint à tomber; il eut toute la peine du monde à le relever à cause de la glace qui faisait glisser les cabots; c'est alors même qu'il a senti de l'engourdissement dans les doigts et quand il est arrivé chez lui, il vit apparaître autour des doigts de la main gauche des bulles qui ensuite crevèrent en laissant des plaies que le malade a guéries avec différents médicaments pris à la pharmacie.

A la suite de la guérison de ces bulles, les doigts (médius et annulaire) sont restés retractés et repliés avec difficulté dans les mouvements. Toute la main, nous dit le malade, est restée engourdie (c'est ce que nous verrons plus loin à l'inspection de l'état présent).

Toujours à ce moment, le malade a observé que la main gauche était devenue plus faible et, d'après ses explications, il est probable que c'est alors qu'a commencé l'atrophie des muscles interosseux et de ceux des éminences thénare et hypothénare.

Cependant la main droite était tout à fait saine, tous les mouvements se faisaient parfaitement et la sensibilité était normale.

Le malade ne peut nous dire au juste depuis quand la jambe gauche, ainsi que le pied gauche, ont commencé à s'hypertrophier. Tout ce dont il se rappelle, c'est qu'il y a à peu près deux ans, en restant près du feu, il s'est brûlé à la cheville; à la suite de cela, le pied et la jambe se sont enflés et devinrent oedematiés; c'est alors qu'apparut une bulle au talon.

Mais le malade ne sait pas nous dire depuis quand il présente sur le tronc un vitiligo avec plaques assez prononcées.

Cinq jours environ avant son entrée à l'hôpital, le malade était allé par un froid très rigoureux couper du bois dans la forêt, traînant ses boeufs à l'aide d'une corde; petit à petit, il commença à sentir froid dans les doigts de la main droite qui, finalement, s'engourdirent au point de ne plus rien sentir. Arrivé chez lui et voyant qu'il ne pouvait plus bouger ses doigts, il se mit à les réchauffer devant le feu et c'est alors qu'il s'aperçut de l'apparition de bulles tout le long des doigts. Le lendemain des bulles, en crevant, ont laissé écouler de la sérosité et à leur place restaient des surfaces rouges, saignantes, dénudées d'épithélium, état d'ailleurs qu'on pouvait observer à l'entrée du malade dans le service.

Etat présent. Le malade brun, de grande taille, de constitution forte, présente un système osseux et musculaire bien développé. Voici ce que nous observons.

Région céphalique. La peau de la tête est indemne de toute espèce d'altération; cependant les cheveux sont rares, état d'ailleurs qui existe depuis son enfance.

Sur la figure et la région céphalique nous ne constatons rien; pas de paralysie faciale. Le malade ferme bien les globes oculaires; les paupières se meuvent normalement; le malade peut siffler et peut remuer facilement sa langue.

Le tissu graisseux du centre de la face est en partie diminué, les capillaires sanguines de la peau des oreilles se présentent comme un fin réseau rose.

Sensibilité tactile. Intacte dans toute la région céphalique; si nous promenons légèrement l'aiguille de l'esthésiomètre, le malade sent le contact sur toute l'étendue de la région céphalique; en même temps nous pouvons constater l'apparition d'une zone rougeâtre très prononcée par où nous avons passé l'aiguille (autographisme), zone qui fait relief à la surface.

Cette sensibilité tactile est diminuée au niveau de la région fessière gauche et j'ai constaté ce phénomène à plusieurs reprises en comparaison avec la région droite; de même, chose importante, tandis que la partie antérieure de la cuisse gauche ne possède plus cette sensibilité, elle est conservée depuis le pli fessier tout le long du reste de la cuisse de ce membre. Cette sensibilité est également intacte sur toute la peau de la cuisse droite.

A la jambe droite nous constatons que, tandis que la sensibilité tactile est normale à la région antérieure et postérieure de ce membre, elle est abolie sur les parties latérales. Ce trouble de la sensibilité se continue, s'observe également sur le pied, où elle est disparue sur la région calcanéenne. Sur la peau de la région plantaire, la sensibilité tactile est conservée, bien que l'épiderme soit assez épais.

Jambe gauche. Sur la peau de cette jambe tandis qu'il y a abolition de la sensibilité tactile à la partie antérieure, le contact est bien senti à la partie postérieure et sur les parties latérales. La sensibilité tactile sur la peau du pied gauche, sans être abolie, n'est pas cependant complètement intacte. Le malade ne peut se rendre compte avec assurance des impressions reçues. La sensibilité tactile est complètement abolie sur la plante du pied gauche.

Sensibilité à la douleur.

Région céphalique. Si l'on pique le front avec l'aiguille fine de l'esthésiomètre, le malade sent légèrement la piqûre, tandis que la sensibilité à la douleur est complètement abolie sur la face, sur la région cephalique ou nous enfonçons profondément l'aiguille, sans que le malade ressente de la douleur; même la peau des paupières est complètement insensible à la douleur, de même pour la peau des oreilles.

La muqueuse de lèvres, de la langue et de la cavité bucale a conservé normale la sensibilité à la douleur et au contact, de même la pituitaire.

Dans la région cervicale latérale droite la sensibilité à la douleur est complètement abolie, tandis qu'elle est normale sur toute la région scapulaire, claviculaire, acromio-claviculaire et humérale.

A gauche, au contraire, la peau de la région cervicale latérale est très sensible à la douleur et, d'autre part, cette sensibilité est très abolie sur la région sus-scapulaire, acromio-claviculaire où l'insensibilité à la douleur s'étend vers la partie postérieure de la région scapulaire, tandis qu'à droite à la partie correspondante à cette région scapulaire postérieure, la sensibilité à la douleur est très manifeste. De même la peau de la région cervicale postérieure conserve cette sensibilité à la douleur, tandis qu'elle est complètement abolie à la partie antérieure, sur une étendue grande comme la paume de la main, car immédiatement plus bas, à la fourchette sternale, la sensibilité est complètement normale.

De la clavicule à droite jusqu'à l'ombilic, la sensibilité à la douleur est normale, mais immédiatement au-dessous de la mamelle droite nous trouvons une plaque blanche dépourvue de pigment et grande comme la paume de la main; à son niveau, la sensibilité à la douleur est abolie. De même sur toute la région sternale, mammaire, à droite comme à gauche jusqu'à l'ombilic, la sensibilité à la douleur est normale; mais la peau de la région sous-claviculaire gauche dans une étendue de 12 centimètres ne présente plus du tout cette sensibilité. Remarquons

aussi que là où nous piquons avec l'aiguille apparaissent des points rougeâtres comme des grains de millet.

De même, la peau de la région abdominale inférieure conserve cette sensibilité, peut-être même qu'il existe un degré d'hyperesthésie, tandis que sur une grande étendue à partir de la 8e côte gauche vers le bas, vers la région lombaire d'un côté, et d'un autre côté au niveau de la région épigastrique et ombilicale jusqu'à l'hypochondre droit, où la peau est également décolorée, cette sensibilité est abolie. Cette sensibilité est normale sur une grande étendue de la région postérieure du tronc; mais sur toute la région scapulaire gauche, ainsi que plus bas que l'angle de l'omoplate droite, où la peau est acromique sur une grande surface et sur un petit placard qui se trouve un peu en bas et en dedans de l'angle inférieur de l'omoplate gauche, cette sensibilité est abolie. A la partie moyenne du sacrum et sur les parties latérales des régions thoraco-abdominales, où nous constatons également une absence de pigment, cette sensibilité est abolie.

Sur les fesses cette sensibilité est complètement abolie, abolition qui s'étend sur toute l'étendue des membres inférieurs, à droite comme à gauche, tant sur les parties postérieures comme sur les parties antérieures, ainsi que sur les parties latérales externes des cuisses et des jambes. Cette abolition de la sensibilité à la douleur se constate également à la partie interne des cuisses et des jambes, où la piqûre est sentie seulement au contact et non à la douleur. A la suite de ces piqûres, il sort quelques gouttes de sang noir comme de l'encre.

La peau du pénis, du gland et des bourses ont conservé la sensibilité à la douleur et au contact.

Cette sensibilité est également complètement abolie sur toute la peau des pieds.

M e m b r e s s u p é r i e u r s. La peau du membre supérieur gauche sur toute son étendue a perdu la sensibilité à la doulour; de même cette sensibilité est abolie complètement à partir de la partie moyenne de la région humérale droite dans toute son étendue jusqu'au bout des doigts, où la sensibilité à la douleur est complètement abolie; mais, chose importante, sur une petite étendue correspondant à la région scapulo-humérale, où la peau est achromique cette sensibilité est normale, tandis que sur toute la surface de cette plaque de vitiligo et un peu plus en arrière cette sensibilité est abolie.

S e n s i b i l i t é t h e r m i q u e. Une baguette chauffée à 80⁰, appliquée sur le bras, est supportée sans douleur; de même sur l'avant bras gauche et droit; mais au tiers supérieur de l'épaule droite le malade nous dit qu'il sent que cela le brûle.

Cependant l'application d'une spatule surchauffée sur le reste de ce bras ne produit pas de brûlure, bien que la température de ce corps ait été assez élevée; car le lendemain j'ai constaté sur la place où la spatule avait été appliquée, une brulûre du second degré.

Cette température sur la région cervicale donne la sensation d'une brulûre, de même sur la région de l'omoplate droite, tandis que sur celle de gauche cette sensibilité est abolie.

De même cette sensibilité est abolie à la température de 85⁰ sur les plaques achromiques du tronc que nous décrivons. Nous constatons le même phénomène sur les cuisses et sur les jambes sur toute leur étendue avec une température de 70⁰; nous pouvons tenir l'appareil longtemps sans que le malade sente de brûlure, mais seulement un peu de chaleur. Nous observons la même chose aux pieds et à la plante des pieds. Je n'ai pas voulu essayer à une température plus élevée, pour ne pas lui produire de brulûre.

L'application de la glace sur la région cervicale, où j'ai constaté de l'anal-

gésie, est sentie comme un corps froid, tandis que sur les membres supérieurs le malade ne sent que le contact, mais non le froid de la glace.

Même phénomène pour la fesse, le contact seul est senti, mais pas le froid; de même sur les cuisses et les jambes cette sensibilité est complètement abolie.

Au niveau de la région hypogastrique, le malade sent le froid, mais d'une façon supportable. Par conséquent sur les membres supérieurs et inférieurs cette sensibilité est complètement abolie.

Sur les plaques de vitiligo, quand nous appliquons un morceau de glace, le malade sent d'abord le contact et ensuite très légèrement le froid; malgré cela, on maintient la glace appliquée assez longtemps et cependant le malade peut la supporter.

Coloration de la peau. La peau présente sa coloration normale sur toute la région céphalique. Remarquons en passant le volume considérable du cartilage thyroïde que le malade nous dit avoir toujours eu aussi volumineux. Les mouvements qu'on lui inprime ne sont pas douloureux.

Tronc. La peau présente plusieurs plaques (les unes grandes, les autres petites) achromiques de vitiligo, à savoir: une plaque qui occupe presque toute la région de la peau de l'omoplate gauche avec çà et là quelques îlots de peau saine à sa surface. Les bords de cette plaque qui sont pigmentés, couleur café, sont légèrement irréguliers. La région correspondante à droite présente en partie cette plaque achromique, mais aussi des surfaces plus grandes de couleur normale; cette plaque de vitiligo s'étend de l'articulation scapulo-humérale sur toutes les surfaces jusqu'au tiers moyen de l'épaule respective. Nous observons de même une plaque petite achromique en dedans et à 3 travers de doigts de l'angle de l'omoplate gauche. D'autre part, nous remarquons une grande plaque achromique qui commence sous l'angle de l'omoplate inférieur droit, s'étend jusqu'à la partie moyenne de la colonne vertébrale et en bas sur une ligne droite jusqu'aux dernières côtes, puis va en avant vers la région abdominale où elle se termine à l'hypochondre droit d'un côté, et de l'autre en haut à la 8me côte sur la ligne axillaire, ayant ainsi une forme à peu près carrée. Cette plaque donne une sensation beaucoup plus nette que le reste de la peau en haut et en bas. Une plaque semblable de vitiligo, mais un peu plus grande et d'une façon symétrique, se trouve à gauche, plaque qui s'étend à la région épigastrique jusqu'au dessus de la région ombilicale et est séparée de celle de droite seulement par un espace de peau de couleur normale (un travers de main); sans cela, nous aurions une ceinture complète de vitiligo. Sur ces plaques les poils sont tombés.

Nous observons également une plaque achromique qui s'étendde l'épine iliaque antéro-supérieure droite, jusqu'à la région crurale correspondante, formant une bande de 5 cm de largeur.

Sur la fesse gauche nous constatons une cicatrice grande comme la paume de la main, cicatrice froncée, mais non adhérente aux parties molles sousjacentes et qui, selon le dire du malade, est la trace de certaines grandes bulles, qu'il a eues il y a un an. La peau de cette région fessière à droite et à gauche et aux parties correspondantes de la région trochantérienne présente une coloration plus foncée et est plus raide et plus froncée.

Nous voyons de même commençant à la partie externe et supérieure de la cuisse à droite comme à gauche une plaque achromique douce au palper, n'ayant pas des poils et qui s'étend en bas sur une longue de 15 cm inéressant la partie externe et légérement la partie antérieure des cuisses. La peau de la région abdominale par sa coloration plus pigmentée fait un contraste frappant avec les parties

achromiques décrites. Sur les autres faces des cuisses et des jambes nous ne constatons aucune plaque achromique.

Sur la jambe gauche nous trouvons trois cicatrices blanchâtres, froncées, de la grandeur d'une pièce d'un franc à celle d'une pièce de 5 francs et même plus grandes, qui sont le résultat des bulles que le malade a eues il y a deux ans. De même nous trouvons au tiers inférieur de cette région quelques taches pigmentées noirâtres. La peau de la base des doigts de ce pied et même à leur surface est sèche et squammeuse, chose qui s'observe sur les bords et la plante de ce pied, ou l'épiderme qui est très épaissi a un aspect farineux. A la partie externe du genou droit nous constatons une cicatrice de coloration blanc-rougeâtre, froncée à la surface et de la grandeur d'une pièce de 5 francs, qu'on peut parfaitement soulever entre deux doigts et qui est également le résultat d'une bulle. La peau du pied correspondant présente à sa surface différents points et taches noirâtres et l'épiderme, surtout à la surface des doigts sur le bord et la plante du pied, est en desquamation farineuse comme au pied gauche.

Aux membres superieurs nous constatons que la peau est achromique sur une grande étendue en commençant à la partie antérieure de coude jusqu'à peu près à la partie inférieure des avant-bras, où la peau est également décolorée donnant au toucher l'impression du velours; les poils sont en partie tombés; dans les autres regions des membres supérieurs, la peau a conservé sa coloration normale.

Autographisme.

Si nous traçons des lignes dans différentes directions avec l'ongle, au bout de quelques secondes on voit apparaître une ligne rouge qui se prononce de plus en plus et devient légèrement proéminente. Nous avons constaté ce signe sur les membres supérieurs, sur le tronc, sur la région thoracique et abdominale et sur la région dorsale. Nous ne l'avons pas cherché dans d'autres régions.

La lettre D. écrite avec l'aiguille de l'esthésiomètre, il y a 4 jours, persiste encore aujourd'hui, 5me jour, et persistera, croyons-nous, encore quelque temps. Cette lettre était très en relief les 3 premiers jours, puis les lignes ont commencé à s'aplatir; mais la lettre se distingue encore très bien.

Système musculaire et troubles trophiques.

Les mouvements des muscles de la face sont normaux, ainsi que ceux du globe oculaire et de la langue. Les pupilles sont normales, elles ne sont ni dilatées, ni resserrées. Les muscles du tronc paraissent avoir leur volume normal; les muscles scapulaires cependant semblent légèrement atrophiés. Pendant notre examen, nous constatons des tremblements fibrillaires dans la région fessière gauche, ainsi qu'au niveau des muscles scapulaires de gauche. D'autre part, nous constatons une atrophie assez prononcée des régions thénare et hypothénare du côté gauche, atrophie qui paraît intéresser aussi les muscles interosseux, tandis qu'à droite il n'y a que le premier interosseux d'atrophié; nous y constatons en effet une dépression très prononcée; d'autre part, les muscles des membres inférieurs et des pieds présentent leur volume normal.

Les mains. Mettant les deux mains l'une à côté de l'autre, nous voyons que la main droite a un volume plus considérable que la gauche et cela en commencant à l'articulation radio-carpienne. Ce n'est pas un oedème ou l'existence de muscles interosseux ou lombricaux qui fait cette différence, mais un épaississement de métacarpiens et de toutes les phalanges. Par la pression sur ces os on ne produit aucune douleur et le malade nous dit qu'il n'a jamais ressenti de douleur.

Le petit doigt de la main droite est en demi-flexion déjà depuis quelque temps, l'annulaire est moins fléchi, puis vient le médius et ensuite l'indicateur qui

est à peine fléchi. Les ongles du petit doigt, du médius, de l'indicateur et du pouce sont en grande partie détruits, ratatinés, présentent à leur surface des striations et se confondent, surtout celui de l'indicateur et du médius, avec l'épiderme épaissi de la pulpe du doigt. L'ongle de l'annulaire présente seulement une coloration noirâtre, mais n'a pas subi d'autre altération. A la suite des phlyctènes qui recouvraient les doigts de la main du malade à son entrée à l'hôpital, on constate aujourd'hui 6 janvier à tous les doigts à partir de la deuxième phalange et sur leur face dorsale des cicatrices linéaires de couleur rosée et une tâche noirâtre sur le petit doigt; à la région palmaire, l'épiderme de ces doigts est en grande partie soulevé, en partie exfolié.

Main gauche. La flexion des doigts de cette main est encore plus prononcée qu'à la main droite de sorte qu'ils ont l'aspect d'un croissant. L'épiderme de la face dorsale de ces doigts est desquammé par ci, par là. L'altération des ongles est moins prononcée qu'à la main droite, de sorte qu'il n'y a que l'ongle de l'indicateur qui présente une striation dans sa partie libre, et un épaississement de sa partie libre, lésion qu'on observe aussi légèrement sur l'ongle du petit doigt. Les autres ongles de cette main paraissent avoir leur aspect normal. Dans la paume de de cette main on constate au niveau de la première phalange une plaque épaissie d'épiderme qui a 3 cm d'étendue.

De même à la surface palmaire des doigts l'épiderme est détruit par ci, par là. La force dynamométrique de la main droite est de 60 et celle de la main gauche de 40.

Les Pieds. Pied gauche. A la partie inférieure du gros orteil nous constatons un ulcère de la grandeur d'une pièce de 1 franc à aspect noirâtre, croûteux, d'où il sort un peu de matière purulente. A l'entrée du malade à l'hôpital les doigts de ce pied ont la peau sèche, squammeuse et sont dans la flexion forcée. Les ongles sont tous à peu près disparus, résorbés et il n'y a plus que l'ongle du 4me doigt qui existe et encore celui-ci est-il rudimentaire. Nous constatons également un commencement d'ulcère perforant à la partie postérieure plantaire de ce pied.

Pied droit. Les doigts de ce pied sont également dans la flexion, mais moins prononcée qu'au pied gauche; les ongles sont aussi complétement détruits, résorbés, tandis que comme à gauche l'ongle du 4me doigt paraît encore comme un ongle embryonnaire, petit mais plus altéré que celui de gauche.

Ici, comme à gauche et d'une façon symétrique, nous constatons également un ulcère perforant, à la partie inférieure du gros orteil à aspect noirâtre, nécrotique, desséché et qui ne sécrète aucune matière.

Jambes. On constate une différence dans le volume de la jambe gauche qui est plus grosse que celle de droite.

Cette grosseur tient d'une part à l'épaississement de la peau dans le tiers inférieur de la jambe gauche qui présente un certain degré d'éléphantiasis, trace de l'inflammation que le malade nous dit avoir eu; mais cette différence tient également et plus du volume considérable du tibia gauche. Nous ne pouvons cependant nous rendre compte de la grosseur du péroné de ce côté. La différence entre les tibias est de 1 cm en faveur du tibia gauche.

Le malade n'accuse aucune douleur quand nous explorons les jambes. Nous constatons également une différence entre le pied gauche qui est plus gros et le pied droit, et là encore cette différence tient de l'épaississement des os des métatarsiens et des phalanges.

Au niveau de l'articulation tibio-tarsienne et de la malléole interne, la

circonférence de la jambe droite est de 26 centimètres et celle de gauche de 29 centimètres.

La circonférence du pied prise au milieu des métatarsiens donne une différence de 2 centimètres.

Les réflexes rotuliens sont normaux.

Le sens génital est conservé, mais depuis six mois qu'il est malade il s'abstient de tout rapport.

La colonne vertébrale paraît légèrement déviée dans sa partie supérieure.

Le malade nous dit qu'il a commencé à sentir de l'engourdissement d'abord dans les doigts et dans les pieds il y a 3 ou 4 ans.

Le malade étant debout, pieds nus sur le ciment, ne sent que le contact, mais il ne sent pas si c'est froid ou chaud.

Troubles trophiques. Le malade est entré dans le service, parcequ'allant à la forêt il a eu les doigts gelés et à la suite il a eu des bulles et la peau des doigts en phlycténo-dermie.

La sensibilité tactile et thermique des mollets est complètement abolie, la notion des liquides a également disparue.

Sens musculaire. Chez notre malade le sens musculaire est normal et si on lui fait fermer les yeux, il se rend bien compte de quel côté se trouve un de ses membres. De même, en lui ferment les yeux, et en lui donnant différents poids à tenir dans la main, il a très bien la notion du poids qu'il supporte.

La température est de 37,5 dans la région axillaire, de 36,7 à la jambe gauche, de 36,5 à la jambe droite (partie interne). Le pouls est de 88, légèrement dépressible; les artères donnent la sensation de cordons légèrement durs.

Transpiration. Notre malade présente des troubles de la sécrétion sudorale aux mains, aux avant-bras jusqu'aux coudes, aux pieds, aux jambes jusqu'aux genoux, où le malade nous dit qu'il transpire très difficilement et trés rarement. Sur le reste du corps, la transpiration est normale.

La sécrétion de l'urine est normale et l'urine ne contient pas d'éléments étrangers chimiques ou figurés.

Réaction éléctrique. Commençant par les muscles de la face, nous avons constaté qu'elle est normale avec les courants faradiques comme avec les courants galvaniques. Bien plus, le malade accuse de la douleur quand nous appliquons le pôle positif sur la face et les muscles de la face se contractent très bien. Les muscles du tronc répondent également bien aux courants faradiques comme aux courants galvaniques.

Aux membres supérieurs, les muscles de l'épaule et les muscles du bras se contractent tous normalement; il n'y a pas de retard.

Les muscles de l'avant-bras se contractent plus difficilement que les autres et à savoir l'extenseur commune des doigts de droite et de gauche et surtout celui de gauche met un petit retard de quelques secondes pour se contracter; de même aussi les autres, comme le long supinateur, etc. . . Avec les courants galvaniques nous notons ce fait que le malade ne sent pas l'ouverture et la fermeture du courant, qui est pourtant assez fort; il produit une rougeur là où on applique les électrodes et dans d'autres régions il produit une cuisson très sensible.

Sur les fesses. La contraction galvanique et faradique est normale. De même aux cuisses.

Notons que la réaction de dégénérescence décrite par Erb n'a été constatée ni aux membres supérieurs, ni aux membres inférieurs.

Nous n'avons pas constaté d'autres phénomènes généraux; le malade dort bien et a bon appétit.

Nous avons excisé pour l'étude des fragments de peau du bras droit, du bras gauche et un fragment de peau achromique de la partie dorsale droite du thorax.

L'étude microscopique attentive de ces fragments a montré qu'ils ne contenaient pas de bacilles.

Eh bien! cette observation concerne-t-elle un cas de syringomyélie, ainsi que je l'ai intitulée, parce que je n'ai pas trouvé le bacille de la lèpre?

Les plaques multiples de vitiligo qui sont anesthésiques et alopéciques, les régions étendues où la sensibilité tactile est obtuse ou abolie, la chiromégalie du membre inférieur gauche et du membre supérieur droit (alterne), le mal perforant, l'état ichtyosique de la peau aux régions plantaires, le bon état général du malade ne sont-ils pas des symptômes appartenant plutôt à la lèpre nerveuse?

Car si la syringomyélie a son siège dans le centre de la moelle, il nous semble que les troubles trophiques devraient être plus uniformément distribués et alors on ne devrait pas observer une chiromégalie alterne, comme dans mon cas.

Tandis que si l'on admet dans ce cas la lèpre nerveuse, on s'explique mieux ces altérations par les névrites lépreuses diffuses, irrégulières, comme on en voit des cas.

Mon malade est du même arrondissement qu'un autre que j'ai eu dans le service dernièrement et chez lequel le diagnostic de lèpre systématisée nerveuse a été etabli et par la découverte du bacille et par la paralysie des muscles superficiels de la face; et, ce point étant très important, je le signale tout particulièrement.

J'ai eu également dans mon service un autre malade que j'ai aussi diagnostiqué: syringomyélie, vitiligo, toujours parceque je n'ai pas trouvé le bacille.

C'est un jeune homme de 19 ans qui est entré à l'hôpital pour des poussées de bulles, mais dont l'état général est si satisfaisant, qu'il continue depuis plus de 18 mois à faire son rude service de cocher de tramway. Est-il possible d'admettre une lésion de la moelle avec un pareil état général? La chose est peu probable. Cela, par contre, est possible avec une lèpre fruste ou atténuée.

Mais le point le plus essentiel encore à signaler chez ce malade, c'est que son père a souffert pendant au moins dix années d'une éruption bulleuse et mourut, dit-il, à la suite.

Je termine ici ce que je me suis proposé de dire pour aujourd'hui sur cette question.

Contribution à la recherche des bacilles de Hansen dans les affections pemphigoides de la lèpre.

Par

Aristidi Bey (Constantinople).

Le plus grand intérêt pour nous autres en pays où la lèpre existe comme maladie endémique se porte sur la question suivante: certaines maladies observées en Europe et diagnostiquées comme affections de la moelle épinière, certaines affections cutanées se trouvent aussi comme symptômes de leur maladie sur les lépreux; là ne devait-on, peut-être, supposer que les syndrômes cliniques décrits comme syringomyélie, maladie de Morvan, ainhum, que des affections ressemblant à la maladie de Raynaud, l'erythromélalgie, la sclérodermie soient, non reconnues en Europe, de nature lépreuse?

Cette question ne pourra être tranchée que ou par démonstration des cas suspects aux médecins qui ont l'occasion de voir beaucoup de lèpre — preuve clinique —; ou par la démonstration de la présence des bacilles de Hansen dans les cas qui cliniquement pour nous autres sont suspects de lèpres, lesquels par contre nos confrères de l'Europe déclarent comme non lépreux.

La première preuve réussira dans beaucoup de cas, surtout si l'observation se fait pendant assez longtemps pour attendre l'évolution de la maladie. Comme preuve je citerai les cas que Zambaco Pacha a pu démontrer en France comme des lépreux présentant les symptomes d'une syringomyélie ou maladie de Morvan classique.

Il nous a été donné de voir à Constantinople un cas que plusieurs confrères compétents avaient pris pour une syringomyélie non lépreuse — après trois années d'observations, ce malade présentait les preuves indiscutables de la lèpre!

Mais ce n'est pas autant la partie clinique qui m'a décidé de vous faire cette communication. C'est plutôt la question anatomique. Si nous réussissons à porter les preuves anatomiques dans les cas dissertés, la question est résolue.

Malheureusement les altérations de la lèpre ainsi dites nerveuses ne présentent point ou pas de bacilles.

Petrini, en parlant des opinions de Leloir qui n'admet pas la présence des bacilles dans le pemphigus de lèpre systématisée nerveuse, dit en avoir trouvé même dans la peau des formes nerveuses.

Hansen et Looft croient avoir trouvé des bacilles aussi dans

les infiltrations de la forme nerveuse de la lèpre, surtout si les infiltrations étaient récentes; Gerlach par contre qui a fait des recherches sur les malades en Livland pendant plusieurs années, dit qu'il n'a jamais réussi à trouver des bacilles. Unna attribue les altérations nerveuses de la peau à l'émigration des bacilles dans les nerfs. Pitres dit n'avoir jamais trouvé les bacilles ni dans le pus, ni dans les ulcérations trophiques, ni dans le sang, ni dans le liquide des vésicatoires. Petrini de Galatz donne des preuves contraires; il a trouvé partout les bacilles, quoique pas en grande quantité. On pourrait supposer qu'il s'agit dans ces altérations plutôt d'un effet toxique des bacilles de la lèpre que de l'effet de ces bacilles même.

Les auteurs sont en désaccord sur la présence des bacilles de la lèpre dans les tissus, dans les éruptions pamphigoides. Kalindéro, appuyé par Petrini a trouvé des bacilles dans des bulles provoquées chez un lépreux par des vésicatoires. Cette observation également a été contestée.

Nous n'avons pas à insister sur l'importance de cette question de la présence des bacilles dans les altérations dites nerveuses et dans les bulles provoquées artificiellement. Si les indications des auteurs cités trouvent confirmation, nous avons un moyen qui nous servira souvent de trancher les doutes dans les cas dont nous avons parlé au début de ce travail. En conséquence c'est du plus grand intérèt de publier chaque observation où on a réussi de constater la présence des bacilles dans les bulles d'affection pamphigoides (trophoneurotiques) ou dans les bulles post-vésicatoires.

Voilà mes expériences sur cette question.

Parmi les 20 cas de lèpre que j'ai pu observer pendant assez de temps, il y en avait trois qui me donnaient l'occasion de faire des recherches bactériologiques dans le contenu des bulles.

Dans deux de ces cas il s'agissait de lèpre mixte; le troisième cas, un israélite de 45 ans ne présentait que griffe (type Aran-Duchennes) des deux mains avec des ulcérations trophoneurotiques superficielles et quelques bulles pas encore éclatées. Dans tous ces trois cas j'ai réussi à constater les bacilles de Hansen. Dans les deux cas de lèpre mixte les bacilles étaient fort nombreux; ils étaient moins nombreux, mais bien démonstratifs dans le cas de lèpre nerveuse pure.

Malheureusement je ne peux pas prouver, si des bulles artificiellement provoquées sur des malades atteints de lèpre nerveuse, contiennent des bacilles.

Pour les malades atteints de forme mixte le fait n'est incontestable que dans les bulles artificielles où on trouvera toujours des bacilles.

Comme la plus grande quantité des lépreux présente des formes mixtes, l'examen des bulles trophoneurotiques ainsi que des bulles artificielles donnera presque toujours des résultats positifs.

Nous sommes à même alors de confirmer par nos expériences les communications de Kalindéro et de Petrini, contestées par beaucoup d'auteurs et en conséquence la recherche des bacilles dans les bulles poussées spontanément ou provoquées par vésicatoire peut servir comme moyen précieux du diagnostic différentiel dans les cas douteux.

La prophylaxie de la lèpre dans les pays où elle n'est pas endémique.

Par

Georges Thibierge (Paris).

La prophylaxie de la lèpre, but ultime et conclusion dernière de la Conférence, ne saurait se traduire par une formule unique applicable à tous les pays, quelque soit leur degré de contamination.

Là où la lèpre est endémique, depuis longtemps établie, et atteint, du fait de contagions successives in situ, des proportions notables, il y a place pour des mesures énergiques et une législation rigoureuse, qui serait injustifiable dans les pays où la maladie est restée rare, où les cas observés sont tous ou presque tous des cas d'importation, demeurés stériles au point de vue de la transmission.

Cette distinction, appliquée à la lèpre, n'est autre que celle qui préside à l'institution des mesures sanitaires contre les différentes maladies épidémiques.

Il appartient à nos collègues des pays à infection réalisée, reconnue et intensive, de justifier ou de proposer les mesures concernant ces nations.

Je voudrais seulement rechercher celles qui conviennent et sont applicables aux pays où l'infection est restreinte, et qui sont ou paraissent jusqu'ici indemnes de lèpre autochthone, au moins sur la presque totalité de leur territoire.

Il ne sera pas inutile, peut-être, de déclarer tout d'abord que cette distinction, fondamentale à mon avis, entre les différents pays, suivant le degré de leur contamination lépreuse, n'empêcherait pas chaque pays de passer, suivant les variations que présenterait cette contamination, d'une catégorie dans l'autre et d'être toujours soumis à la législation sanitaire que réclamerait son état effectif.

L'histoire ancienne et contemporaine de la lèpre, les épidémies sévères — peut-être moins intenses cependant qu'on ne le croit, la fréquence apparente de la lèpre à cette époque étant considérablement accrue par la compréhension sous ce vocable de nombreuses maladies parasites — observées au Moyen âge, comme les exemples d'expansion lépreuse rapide récemment constatés aux îles Sandwich et dans le district de Memel, montrent assez que, dans un pays donné, la fré-

quence de la lèpre est sujette à des variations considérables, en fonction de l'arrivée de lépreux exotiques, des conditions d'hygiène et de propreté générales et d'autres facteurs non déterminés actuellement.

Les mesures prophylactiques contre la lèpre, maladie transmissible, provenant de foyers extérieurs, ont trait à la police sanitaire, tant extérieure qu'intérieure, et à l'hygiène hospitalière et individuelle.

Mais, pour déterminer quelles doivent être ces mesures, il faut envisager l'épidémiologie spéciale de la lèpre. On n'en est plus, heureusement, à l'ère des méthodes simples, bonnes à tout et bonnes à rien, applicables à la totalité des maladies infectieuses. En matière de police sanitaire comme en matière de prophylaxie hospitalière, on a reconnu que, à chaque maladie, suivant ses caractères et sa manière d'être, il faut une prophylaxie spéciale, individualisée.

Pour la lèpre, comme pour les autres maladies infectieuses d'ailleurs, les éléments d'appréciation de l'utilité et de la légitimité des mesures prophylactiques sont:

Les caractères cliniques de la maladie,

La durée de l'incubation,

Le pouvoir contagieux,

Le mode de transmission,

La distribution géographique de la maladie.

Suivant la façon dont chacun ou certains de ces éléments se comportent, la prophylaxie doit s'orienter dans telle ou telle direction.

Les caractères cliniques de la lèpre sont, dans les cas typiques, grossiers, frappants, ne prêtent pas à confusion. Mais, à côté des cas de classique apparence et de facile reconnaissance, il en est de nombreux où les caractères sont très différents. La symptomatologie est variable, polymorphe. Les frontières cliniques de la lèpre sont même indécises; bien des malades seront, à l'examen objectif, déclarés atteints ou indemnes de lèpre par deux observateurs également compétents en matière de léprologie; l'examen microscopique et bactérioscopique seul peut trancher le différend. De plus, il est des cas frustes où la maladie se révèle seulement par quelques taches, disséminées sur les parties couvertes par les vêtements.

A propos des caractères cliniques, il convient d'ajouter que ces caractères sont loin d'être familiers à la grande généralité des médecins. Il n'est pas exagéré d'affirmer que, encore à l'heure actuelle, nombre de praticiens en Europe regardent la lèpre comme une maladie éteinte, ou tout au moins ne se rencontrant que dans certains pays éloignés. A plus forte raison peut-on affirmer qu'un très grand nombre de médecins, même parmi les plus instruits, n'ont jamais vu un lépreux et seraient dans l'impossibilité absolue d'établir le diagnostic, même dans les formes les plus classiques, de la lèpre tégumentaire, à plus forte raison de la lèpre nerveuse.

L'incubation de la lèpre n'est pas limitée, comme celle de la plupart des maladies contre lesquelles doit s'armer la police sanitaire, à quelques jours; c'est par années, par séries d'années qu'elle se chiffre. On l'a vue, bien que le fait soit exceptionnel, atteindre 15, 20 et jusqu'à 32 ans. C'est dire qu'elle peut n'être pas terminée au moment où le sujet en sa puissance pénètre dans un pays.

Le pouvoir contagieux de la lèpre est variable. Il semble qu'il puisse, suivant les pays et suivant les époques, s'exercer très différemment. Et, précisément, la diversité de ses manifestations justifie la distinction qu'il y a lieu d'établir dans le régime sanitaire des différents pays.

Il est de fait que, en tous pays, et depuis longtemps, sinon toujours depuis que la lèpre existe, on peut voir un certain nombre de lépreux, reliquats peut-être d'anciennes épidémies, plus probablement ou même sûrement lépreux d'importation. Or, en certains pays, malgré que le nombre des lépreux d'importation ait crû dans des proportions considérables, la lèpre autochthone est demeurée inconnue, ou tellement rare qu'elle ne saurait être considérée comme un danger.

Il est certain que, dans les hôpitaux parisiens, où la contagion tuberculeuse, par exemple, sévit nettement sur le personnel des médecins, des surveillants, des infirmiers et des malades, on ne saurait citer aucun cas de lèpre hospitalière, et cependant les lépreux n'ont jamais fait défaut à l'hôpital Saint-Louis, même les lépreux suppurants.

On dira que cette immunité est plus apparente que réelle, qu'elle tient à ce que la contagion de la lèpre n'est pas recherchée, que cette lèpre autochthone est atténuée, larvée: il faudrait, en effet, qu'elle se manifestât par des symptômes très atténués pour avoir été inaperçue des médecins exercés à la recherche de la lèpre et n'en laissant passer aucun cas sans déterminer son origine.

On fera observer encore que cette immunité, même réelle, peut n'être que temporaire et qu'elle peut cesser à un moment donné, témoin encore les épidémies des îles Sandwich, de Memel. Précisément pour cette raison, faut-il réserver l'avenir et rendre applicables à tous pays, au prorata de leur contamination, les mesures que l'on édictera contre les pays actuellement infectés. Il y a lieu d'ailleurs de faire, à propos de ces foyers nouveaux, une réflexion générale. Dans les localités où la lèpre prend tout à coup une extension considérable, les conditions hygiéniques locales, générales et propres aux sujets infectés sont le plus ordinairement déplorables: ce sont des misérables qui apportent la lèpre et des misérables qui en sont les premières victimes; les sujets qui vivent dans des conditions meilleures n'en sont atteints que plus tard, alors que les germes infectieux ont été acclimatés et renforcés par leur pullulation en des milieux favorables à leur existence. Il se passe là quelque chose d'analogue à ce qui a lieu pour le typhus.

Le mode de transmission de la lèpre est incomplètement déterminé. Cependant, par voie d'assimilation et par vraisemblance, on doit admettre qu'elle se fait par les sécrétions purulentes des ulcérations lépreuses, ou par le sang et la sérosité qui s'écoulent à la surface des plaies et des solutions de continuité artificiellement produites sur le tégument des lépreux. Sauf pour les sécrétions nasales dont la teneur microbienne résulte des recherches de notre collègue Jeanselme, et pour l'expectoration, au cas où existeraient des lésions pulmonaires, il n'y a guère à redouter que les liquides qui s'écoulent des plaies, ex-

coriations ou ulcérations, c'est-à-dire que, pratiquement, les lépreux ulcéreux sont à peu près seuls nocifs.

La distribution géographique de la maladie, qui a tant aidé, par sa limitation, à la prophylaxie de la peste et du choléra, a dans la lèpre un caractère inverse: celle-ci existe simultanément et en proportions importantes, quoique différentes, dans presque toutes les régions avec lesquelles peuvent se poursuivre des relations par voie maritime, fluviale ou terrestre. Il convient cependant de noter tout spécialement que c'est par la voie maritime que se fait la principale importation des lépreux et que chaque pays européen, ayant des foyers lépreux dans toutes ses colonies à peu près sans exception, voit continuellement de nouvelles recrues lépreuses lui être amenées par tout le personnel militaire et administratif revenant des colonies à la métropole.

Police sanitaire.

Que peut-on faire à l'entrée de chaque pays pour empêcher la pénétration de lépreux exotiques?

Il est de toute impossibilité d'édicter une mesure permettant l'arrêt des lépreux á la frontière terrestre ou maritime. L'expérience a été tentée en Amérique, où elle était appliquée seulement aux immigrants pauvres et où elle n'a pas tardé à soulever de vives protestations et, je crois, à être suspendue.

Il serait puéril de la reprendre, même restreinte; il serait de même puéril d'insister sur les raisons nombreuses qui condamnent d'avance toute mesure de ce genre, voire même toute surveillance sanitaire appliquée d'une façon permanente à tous les voyageurs de toutes les provenances, non seulement maritimes, mais terrestres, lorsque cette surveillance sanitaire exige un examen réel de toute la surface cutanée, lorsqu'elle a pour but de découvrir une maladie qui peut avoir une incubation de 20 et 30 ans.

Cependant, appliqué à certaines catégories de voyageurs, cette surveillance serait praticable et pourrait avoir quelque efficacité et par suite quelque raison d'être.

En France tout au moins, un grand nombre de cas de lèpre s'observent chez des militaires ayant servi aux colonies, chez des marins ayant fait de longues campagnes navales, chez des employés du service colonial et pénitentiaire. La maladie tantôt s'est déclarée pendant le séjour aux colonies, et a nécessité leur renvoi dans la métropole, tantôt est constatée plusieurs années après leur retour daus la patrie, mais n'est devenue manifeste que longtemps après l'apparition de lésions qu'un examen attentif et compétent aurait pu découvrir et rapporter à leur cause.

Chez les marins et les militaires, l'inspection sanitaire au moment de la rentrée dans la métropole, ou de la libération du service, est facilement réalisable.

Il suffirait, pour l'établir, d'une décision des ministres de la guerre et de la marine, prescrivant que tout homme ayant servi aux colonies soit soumis, au moment où il rentre dans son pays et au moment où

il quitte le service, à un examen médical ayant pour but la recherche des signes de la lèpre; mention des résultats de cet examen serait faite sur l'état de services individuel.

Aux inspections et lors des appels pour les périodes d'instruction, un examen semblable pourrait être renouvelé, de façon à reconnaître les cas à incubation prolongée.

Pour les agents des services colonial et pénitentiaire, peut-être même pour les membres de leur famille qui ont droit au transport gratuit sur les navires, semblable inspection pourrait être rendue obligatoire à leur rentrée dans la métropole, au moment de leur mise à la retraite ou en congé de non-activité. Elle ne serait que l'extension d'une mesure qui est appliquée dans certaines administrations privées, au moment de l'entrée et de la sortie de service aux colonies.

Voilà donc un certain nombre de lépreux reconnus et connus par simple application de règlements faciles à édicter par des administrations généralement soucieuses des questions d'hygiène.

Par assimilation avec ce qui se passe à la suite des visites sanitaires faites à la frontière au moment des épidémies de choléra, les administrations militaire, navale et coloniale pourraient signaler les cas de lèpre constatés chez leurs administrés au service des épidémies du département où résident ceux-ci.

Le service des épidémies, à qui incombe les mesures à prendre contre toutes les maladies épidémiques, a déjà dans ses attributions la surveillance des cas de lèpre dans les localités où l'existence de celle-ci est de notoriété publique. Il pourrait, sans sortir de son rôle strict, se tenir au courant de l'état du malade, de son hygiène, lui donner les conseils utiles à la prophylaxie de la maladie et chercher à se renseigner sur les cas de lèpre qui pourraient se produire dans son entourage ou son voisinage.

Est-il possible d'aller plus loin et de réclamer la déclaration obligatoire des cas de lèpre?

On ne peut contester que cette mesure serait théoriquement des plus désirables.

Mais, en pratique, son établissement et son application paraissent des plus difficiles.

Tant que la lèpre n'est qu'à l'état de menace, en apparence au moins lointaine, tant que son extension dans un pays donné n'est pas un fait démontré, on ne persuadera pas aux autorités de ce pays qu'il est nécessaire de prendre contre elle une mesure aussi grave et aussi mal accueillie par beaucoup de populations, voire même de médecins, que la déclaration obligatoire.

Aux yeux du public qui, en nombre de pays, n'est pas encore familiarisé avec la déclaration obligatoire des maladies contagieuses, ni persuadé de son utilité et de ses sanctions efficaces, l'adoption de cette mesure vis-à-vis de la lèpre ne manquerait pas d'éveiller le souvenir des léproseries du Moyen-âge et de faire redouter l'internement des lépreux dans des asiles fermés, constituant des tombeaux pour le moins autant que des prisons.

En outre, on serait mal venu à demander aux hygiénistes, auxquels appartient l'initiative de cette mesure, la déclaration obligatoire

de la lèpre, alors que la tuberculose, dont la contagion est si réelle, si fréquente et si meurtrière, si universellement reconnue, n'a pu et ne pourra sans doute de longtemps être inscrite en aucun pays sur la liste des maladies dont la déclaration est obligatoire.

La difficulté du diagnostic de la lèpre, les erreurs auxquelles il est exposé, sont des obstacles très réels à la mise en pratique de la déclaration obligatoire de cette maladie: il ne s'agit plus d'une affection aiguë comme la scarlatine ou la diphthérie, qui disparaissent en quelques semaines sans laisser de trace, mais d'une affection de longue durée, dont le diagnostic erroné pèserait pendant toute la vie sur la tête du malheureux qui en aurait été l'objet, alors même que l'erreur serait reconnue.

Si la déclaration obligatoire était adoptée, elle ne pourrait être acceptée que sous réserve du contrôle du diagnostic par des commissions compétentes, ou même que sur décision de commissions spéciales. Cette procédure, applicable dans les pays à endémie lépreuse reconnue et extensive, serait bien difficile à édicter dans ceux où la lèpre ne forme pas de foyers; elle n'y pourrait être mise en pratique que si elle était instituée par des mesures législatives, difficiles à obtenir des parlements tant qu'on ne leur aura pas démontré la réalité du danger lépreux.

Isolement des lépreux et hygiène hospitalière.

La question de l'isolement des lépreux, quoique relevant en partie de la police sanitaire, est étroitement liée à celle de l'hygiène hospitalière.

Ici encore, je dois faire remarquer que je n'envisage la prophylaxie de la lèpre que dans les pays dont la contamination lépreuse est peu prononcée et où la transmission de la maladie est nulle.

Il n'est pas douteux que l'accumulation des lépreux dans un même hôpital, où leur réunion dans le même service d'un hôpital ne présente quelques avantages au point de vue de l'étude de la lèpre.

Il est beaucoup plus douteux qu'elle en facilite la connaissance à la généralité des médecins: il suffira de rappeler à ce propos combien la variole est peu connue des médecins qui ont commencé leurs études depuis la création des services d'isolement des varioleux.

Cette considération, bien qu'elle paraisse de prime abord étrangère à la prophylaxie de la lèpre, s'y rattache au contraire étroitement, car cette prophylaxie ne sera efficacement réalisée que lorsque les médecins seront plus au fait des caractères cliniques de la lèpre. Elle cède toutefois le pas aux suivantes.

La création d'hôpitaux ou de services d'isolement n'est justifiable que lorsqu'il y a:

Ou bien impossibilité d'empêcher la contamination des sujets sains autrement que par la séparation absolue des sujets malades; tel est le cas par exemple pour la diphthérie;

Ou bien utilité pour les sujets malades, résultant par exemple de l'emploi de moyens thérapeutiques impossibles à mettre en pratique dans une salle commune d'hôpital; tel est le cas pour la tuberculose.

Réclamer à priori l'isolement de tous les malades atteints d'une maladie reconnue ou réputée contagieuse, c'est méconnaître la diversité des conditions et des modes de transmission des maladies contagieuses.

Or la lèpre est, actuellement au moins, peu contagieuse dans les pays dont nous nous occupons ici. Elle n'y est, ou tout au moins ne paraît y être contagieuse que dans des conditions très particulières et par un mode très spécial, par l'intermédiaire des produits de sécrétion des ulcérations lépreuses.

Dès lors à quoi doit tendre la prophylaxie individuelle? A empêcher que ces produits de sécrétion ne viennent, avant ou après leur dessiccation, directement ou indirectement, au contact des plaies infectables ou des muqueuses des sujets sains.

Pour atteindre ce but, il faut et il suffit que les ulcérations lépreuses soient recouvertes constamment d'un pansement occlusif, et que les pièces de ce pansement, après leur enlèvement, soient désinfectées ou détruites.

Si l'on ajoute à cette prescription que des linges souillés par les produits de sécrétion de la muqueuse nasale doivent être également désinfectés ou détruits, que l'expectoration des lépreux doit être recueillie dans des vases remplis d'eau et sterilisée, on aura édicté toutes les mesures dont l'application permet d'empêcher la propagation de la lèpre d'un sujet malade à un sujet sain.

Pour appliquer ces mesures est-il besoin d'isoler les malades, de les enfermer dans des services d'isolement, auxquels le nom de léproserie ne saurait tarder à être appliqué avec tous les souvenirs qu'il éveille? Est-il besoin d'immobiliser des bâtiments qui risquent d'être ou vides ou insuffisants, suivant que variera le nombre des lépreux isolés?

Pour ma part, je ne le pense pas.

Ces mesures nécessaires peuvent être réalisées dans tout service hospitalier, bien organisé et disposé pour soigner des affections suppurantes, depuis le vulgaire ulcère de jambe.

Le pansement réellement occlusif et antiseptique peut être appliqué partout par un personnel dressé aux méthodes de la chirurgie contemporaine, sans qu'il y ait à redouter la contamination des autres malades (je ne parle pas de la contamination du personnel des panseurs, qui seraient pour le moins aussi exposés dans un service de lépreux, s'ils ne prenaient personnellement les précautions qu'il est facile de comprendre).

Le pansement une fois enlevé peut être envoyé à la désinfection ou détruit sans qu'il ait été au contact d'aucun malade.

Tout ce que l'isolement dans des services spéciaux peut donner comme prophylaxie peut être obtenu, pour la lèpre comme pour la tuberculose, par l'application sérieuse, mais très pratique, des mesures d'asepsie qui ne doivent plus être le monopole des chirurgiens.

Le nombre des lépreux ulcéreux, c'est-à-dire réellement contagieux, est d'ailleurs restreint, leurs soins ne surchargeront pas un service hospitalier; quant aux autres, la désinfection de leurs linges de corps n'est ni difficile ni coûteuse à réaliser.

Hygiène individuelle.

Les précautions qui viennent d'être recommandées pour les lépreux hospitalisés réalisent, avec des bains de propreté, — pris bien etendu dans des baignoires susceptibles de désinfection, — les soins d'hygiène qui doivent être prescrits à tous les lépreux, hospitalisés ou non.

A ceux que leur position sociale, leurs moyens d'existence obligent et autorisent à conserver et à soigner chez eux, on prescrira donc, dans leur intérêt d'ailleurs autant que dans celui des personnes qui les approchent, des pansements occlusifs, rigoureusement faits, la désinfection ou la destruction de ces pansements après usage et l'immersion des linges dans des solutions antiseptiques avant le lessivage, la désinfection du linge et des vêtements au moyen du passage à l'étuve, suivant les procédés en usage.

En résumé, la prophylaxie de la lèpre, dans les pays où cette maladie n'a pas tendance à se propager activement, pourrait se baser sur les moyens suivants:

Examen médical minutieux de tous les militaires, marins, fonctionnaires du service colonial et pénitentiaire rentrant dans la métropole après séjour dans les pays où règne la lèpre; répétition de cet examen à intervalles plus ou moins réguliers, lors des convocations de ces militaires ou fonctionnaires pour un service quelconque.

Signalement, par les autorités militaires, navales, coloniales et pénitentiaires, au service des épidémies de leur résidence, des sujets reconnus lépreux à chacune de ces inspections. Mise en demeure du service des épidémies de surveiller les sujets qui lui sont signalés, de leur donner les instructions nécessaires, de faciliter leur admission dans les services hospitaliers.

Mise en traitement dans les services hospitaliers généraux des lépreux auxquels leurs ressources ne permettent pas de recevoir à domicile les soins nécessaires: ce traitement devant compendre le pansement occlusif des ulcérations, la destruction des pièces de pansement ayant servi, la désinfection de tous les linges souillés et des vêtements des malades.

Facilités données à tous les lépreux qui les réclameront, pour la désinfection par les services publics de leurs linges et de leurs vêtements.

Ces mesures ne porteront leur plein effet que lorsque la notion de l'existence de la lèpre sera suffisamment répandue dans le public et surtout parmi les médecins; aussi est-il nécessaire de poursuivre en tous pays une campagne pour démontrer aux gouvernements, aux médecins et au public que la lèpre est loin d'avoir disparu, qu'elle menace continuellement toutes les nations; de réitérer les publications scientifiques sur la lèpre, de diffuser les connaissances sur sa symptomatologie et ses caractères diagnostiques.

Compiled Laws of the Republic of Hawaii.

An act to prevent the spread of Leprosy.

By

H. F. Glade (Berlin).

Whereas, the disease of Leprosy has spread to considerable extent among the people, and the spread thereof has excited well grounded alarms; and whereas further, some doubts have been expressed regarding the powers of the Board of Health in the premises, notwithstanding the 302. Section of the Civil Code; and whereas, in the opinion of this assembly, the 302. Section is properly applicable to the treatment of persons afflicted with the Leprosy; yet for greater certainty and for the more sure protection of the people

Be it enacted by the King and the Legislative Assembly of the Hawaiian Islands in the Legislature of the Kingdom assembled:

Section 1. The Minister of the Interior, acting as President of the Board of Health, is hereby expressly authorized, with the approval of the said board, to reserve and set apart any land or portion of land now owned by the government, for a site or sites of an establishment or establishments to secure the isolation and seclusion of such leprous persons as in the opinion of the Board of Health or its agents may, by being at large, cause the spread of leprosy.

Section 2. The Minister of the Interior, as President of the Board of Health, and acting with approval of the said Board, may acquire for the purpose stated in the preceding section, by purchase or exchange, any piece or pieces, parcel or parcels of land, which may seem better adapted to the use of lepers than any land owned by the Government.

Section 3. The Board of Health, or its agents, are authorized and empowered to cause to be isolated and confined, in some place or places for that purpose provided, all leprous patients who shall be deemed capable of spreading the disease of leprosy; and it shall be the duty of every police or district justice, when properly applied to for that purpose by the Board of Health, or its authorized agents, to cause to be arrested and delivered to the Board of Health or its agents, any person alleged to be a leper, within the jurisdiction of

such police or district justice; and it shall be the duty of the Hawaiian Islands and his deputies, and of the police officers, to assist in securing the conveyance of any person so arrested, to such place as the Board of Health or its agents may direct, in order that such person may be subjected to medical inspection, and thereafter in removing such person to a place of treatment, or isolation, if so required by the agents of the Board of Health.

Section 4. The Board of Health is authorized to make such arrangement for the establishment of a hospital, or the securing of a ward in some hospital, where leprous patients in the incipient stages may be treated in order to attempt a cure; and the said Board and its agents shall have full power to discharge all such patients as it shall deem cured, and to send to a place of isolation contemplated in Sections 1 and 2 of the Act, all such patients as shall be considered incurable or capable of spreading the disease of leprosy.

Section 5. The Board of Health or its agents may require from patients such reasonable amount of labor as may be approved of by the attending physicians; and may further make and publish such rules and regulations as by the said Board may be considered adapted to ameliorate the condition of lepers, which said rules and regulations shall be published and enforced as provided in sections 284 and 285 of the Civil Code.

Section 5A. No person, not being a leper, shall be allowed to visit or remain upon any land, place or inclosure set apart by the Board of Health for the isolation and confinement of lepers, without the written permission of the President of the Board, or some officer authorized thereto by the Board of Health, under any circumstances whatever, and any person found upon such land, place or inclosure without a written permission, shall, upon conviction thereof before any police or district justice be fined in a sum not less than 10 nor more than 100 Dollars for each offence, and in default of payment, to be imprisoned at hard labor until the fine and costs of court are discharged in due course of law.

Section 5B. It shall be lawful for the Board of Health, through its president, to make and promulgate such rules and regulations as may be from time to time necessary for the control of the lepers under their charge, and such rules and regulations shall have the same force and effect as a statute law of the Kingdom.

Section 7. The Board of Health, while keeping an accurate and detailed account of all sums of money expended by them out of any appropriation which may be made by the Legislature, shall keep the account of sums expended for the leprosy, distinct from the general account. And the said Board shall report to the Legislature at each of its regular sessions, the said expenditures in detail, together with such information regarding the disease of leprosy, as well as the public health generally, as it may deem to be of interest to the public.

Approved this third day of January A. D. 1865.

Honolulu, Hawaiian Islands.

Kamehameha, R.

Note sur le serum des lépreux tuberculeux et la toxicité des urines.

Par

Petrini de Galatz.

I.

La question de la toxicité des lépreux est jusqu'à présent à peine ébauchée; du reste cette étude est tout aussi négligée pour bien des maladies.

Pourtant il nous semble que l'étude des excrétions de l'organisme, surtout dans des affections comme la lèpre, doit attirer davantage notre attention.

S'il est très difficile de faire cette étude pour les sécrétions des glandes de la peau, la tâche est relativement facile pour l'urine.

Je dis relativement facile, car les variations du pourvoir toxique ou non de ce liquide sont très grandes et capables de donner lieu à des conclusions erronées, si l'on ne tient pas compte des beaux travaux du professeur Bouchard[1]).

Ainsi, il ne faut pas prendre comme une règle, comme on le dit souvent, que l'injection intra-veineuse de l'urine normale est plus toxique que celle de l'urine pathologique.

Car ce savant auteur le dit très bien: „après les injections d'urines pathologiques, de certaines au moins, l'albuminurie est constante, notable, alors qu'elle n'est que passagère, transitoire avec l'urine normale.“ Bien entendu, lorsqu'on n'introduit pas une grande quantité d'urine.

Quant à la quantité d'urine normale nécessaire pour produire l'intoxication par injection intra-veineuse, Bouchard dit que la question est délicate à trancher. Il admet cependant que l'oscillation se fait d'habitude entre 30 et 60 c. c par kg. d'animal — soit 45 c. c en moyenne. Mais, dit-il, en cas de polyurie on peut injecter jusqu'à 90 c. c comme pour l'eau distillée. Bien plus, l'urine de ce même individu, soumis à une simple courbature, sans état fébrile, a tué à la dose de 12 c. c par kilogramme d'animal[2]).

1) Leçons sur les Auto-Intoxications dans les Maladies. Paris, 1887. p. 25 et 61.

2) Bouchard, loco. cit. pag. 36.

Aussi on ne doit pas oublier, comme le dit ce maître, que les variations de toxicité, déjà grandes à l'état normal, sont encore plus considérables à l'état pathologique.

Et plus loin, continue l'auteur: „les urines pathologiques ne sont pas toujours plus toxiques que les urines normales, elles peuvent l'être moins, elles peuvent l'être différemment, en produisant d'autres symptômes.

„Certaines urines pathologiques déterminent à da lose de 10 c. c des convulsions qu'on n'observe presque jamais après l'injection d'urines normales. Ainsi la maladie tantôt augmente, tantôt diminue la toxicité de l'urine."

Enfin il ne faut pas oublier cette autre formule de cet éminent auteur, à savoir: „L'homme élabore pendant le sommeil deux à quatre fois moins de poison, que pendant un égal temps d'activité cérébrale."

Par conséquent, cela nous montre déjà qu'il doit y avoir une différence considérable entre le pouvoir toxique de l'urine de nuit ou de sommeil, et l'urine de jour ou de veille.

Et ce fait nous l'avons dûment constaté dans nos expériences ayant que nous eussions pris connaissance du texte de Bouchard.

La toxicité de l'urine de jour s'amoindrit si on mélange les urines de 24 heures.

On verra dans nos expériences que nous avons aussi constaté ce fait avec les urines des lépreux.

Selon cet auteur, l'urine de la moitié de la journée (de 7 h. du matin à 3 h. du soir) est plus toxique que l'urine de 3 h. à 11 h. du soir.

En outre, les urines de la veille produisent plutôt la narcose que des convulsions, tandis que les urines du sommeil sont convulsivantes.

II.

Les auteurs qui jusqu'à présent se sont occupés de l'étude de la toxicité des urines des lépreux sont, à notre connaissance: Fisichella, Campana et Cortona, Chatinière et Thorel.

Tout dernièrement, P. Colombini a publié un mémoire très important sur la toxicité des urines de certaines dermatoses[1]).

Donc, comme nous venons de le dire, cette question est encore à l'étude.

C'est pour ces considérations et pour nous assurer par nous même du pouvoir toxique de ces urines, que nous avons entrepris avec mes excellents préparateurs, les docteurs Moïsesco et Assador, l'année dernière, un certain nombre d'expériences en nous servant comparativement des urines de nuit, avec les urines de jour; et des urines de 24 h. des mêmes malades.

En outre, nous avons cherché par quelques expériences le pouvoir toxique du sérum de ces malades.

1) Prime Ricerche Sulla Tossicita Urinaria in Alcune Dermatosi. Milano 1897.

Nous avons expérimenté sur plusieurs lapins, sur quelques rats et des souris blanches.

Les animaux, les lapins, étaient pesés, bien portants et adultes. La température était prise dans le rectum avant chaque expérience et le nombre des respirations, comme toutes les expériences, régulièrement enregistrées.

Lorsque nous avons terminé nos travaux, nous avons, avant de conclure, pris connaissance des résultats auxquels sont arrivés nos prédécesseurs.

Ces résultats nous ont montré que dans les quelques expériences entreprises par ceux-ci, il existe une grande divergence dans les résultats obtenus comparativement aux nôtres.

En outre, ces auteurs ne disent pas s'ils ont expérimenté avec l'urine des 24 h.; avec l'urine de jour ou de nuit séparément.

C'est pourquoi nous nous croyons obligés, avant de parler de nos expériences, de donner en résumé celles des auteurs qui ont expérimenté avant nous.

Il paraît que c'est Fisichella[1]), qui, pour la première fois, a entrepris cette étude.

Voici le résumé de son intéressant travail:

L'auteur a expérimenté avec les urines de deux lépreux et il conclut; 1° Les urines dans la lèpre tuberculeuse sont plus toxiques que les urines des sujects sains. 2° Le degré de la toxicité est en rapport direct avec la gravité et la durée de la maladie.

Chez les animaux en expérience il a observé la prédominance des phénomènes convulsifs et de l'hypothermie.

Mais il lui a été impossible de déterminer la quantité d'urine lépreuse nécessaire pour tuer un kilogramme d'animal à cause de la diversité des degrés d'extension de la maladie et de la variabilité de la sensibilité individuelle des lapins.

Enfin, comme dernière conclusion, Fisichella dit que, sous l'influence du traitement, la toxicité de l'urine diminue pour tomber à la normale.

Nos expériences ne confirment pas cette assertion.

M. Henri Chatinière[2]), avec les urines de deux lépreux, a fait trois expériences sur des lapins. Dans une première expérience, au bout de deux heures, il a injecté 515 c. c d'urine et ce n'est qu'à la suite de cette quantité que l'animal est mort.

L'injection a été poussée par une veine de l'oreille.

Dans une deuxième expérience, après avoir poussé aussi au bout de deux heures 400 c. c d'urine et que l'animal fut tombé dans un état de torpeur glacé, on cesse l'expérience en tenant l'animal en observation. Celui-ci meurt après sept heures et demie seulement.

Enfin, dans une troisième expérience l'auteur, après avoir injecté 420 c. c. d'urine, arrête l'expérience et tient l'animal aussi en observation.

1) Riforma medica. Août 1893 et Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie. Paris. 1894.

2) Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie 1895. p. 205.

Celui-ci s'éteint huit heures après l'injection.

Il nous semble qu'on aurait pu aller dans ce cas jusqu'à injecter 600 c. c. au moins de cette urine, avant que l'animal mourût.

Les expériences de Chatinière démontreraient que l'urine des lépreux est non seulement beaucoup moins toxique que l'urine normale, mais même inférieure à la toxicité de l'eau distillée, puisque Bouchard[1]) dit qu'à la dose de 97 c. c par kilogr. d'animal l'eau distillée est déjà toxique.

Nous verrons plus loin que nous sommes arrivés de notre côté à des resultats tout à fait opposés à ceux de cet auteur.

De même, comme nous venons de le voir, les faits observés par Fisichella sont en contradiction avec ceux de Chatinière.

Donc, chacun de ces deux auteurs a expérimenté avec les urines de deux malades atteints de lèpre tuberculeuse, et ils on fait chacun de leur côté deux à trois expériences.

Mais ils ne disent pas s'ils ont expérimenté avec l'urine de jour ou avec celle de nuit, on bien avec les deux mélangées.

Thorel[2]) dit avoir fait plusieurs expériences avec les urines de trois lépreux et il conclut qu'il n'y a pas de différences notables entre les symptômes provoqués par l'injection intra-veineuse d'urine normale et celle d'urine de lépreux.

En outre, selon Thorel, les résultats de ces injections sont influencés par les processus suppuratifs, la manière de faire les injections et la résistance individuelle des animaux.

Cependant si l'on pratique ces injections selon la technique établie par ceux qui ont expérimenté avec les urines normales et que l'on prenne comme base la toxicité de l'urine de l'homme sain, on est obligé de tenir compte des résultats obtenus à la suite de ces injections.

Je dirais de même que nous n'avons pas observé des processus suppuratifs et que, pour éviter tout malentendu, il faut toujours expérimenter avec des animaux de résistance individuelle égale, adultes, et qu'il ne faut pas négliger l'antisepsie.

III.

Nous nous sommes servis dans nos expériences des urines de trois lépreux tuberculeux; chez deux nous avons suspendu trois à quatre jours le traitement avant de prendre leur urine; chez un autre le traitement n'a pas été interrompu. Le malade n'était pas hospitalisé.

La maladie chez ces malades remontait entre 4 et 9 ans; pourtant les lésions sont bien plus nombreuses et l'état général plus grave chez un de ces malades (voir fig. I) atteint depuis 4 ans seulement de lèpre, contractée probablement de son père mort à la suite de manifestations qui pouvaient tenir aussi de cette maladie, que chez un autre que nous traitons à la policlinique depuis plus de 9 ans et chez

1) Bouchard, loco cit. p. 36.

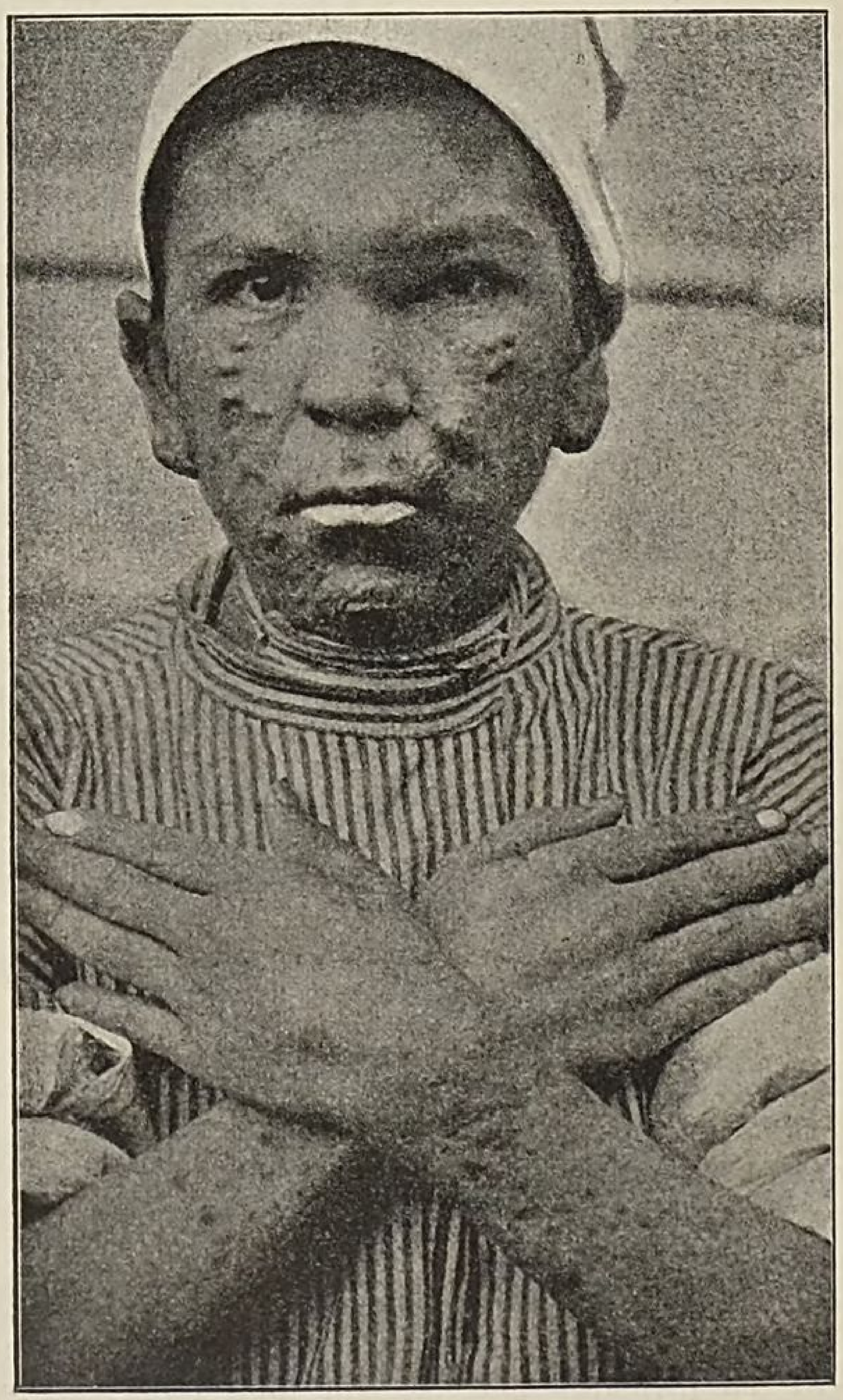
2) Thorel, Alcune osservazioni cliniche esperimentalli sulla tossicita del l'urina dei leprosi. Giornale italiano delle malattie venerie et della pelle. Décembre 1895 et Annales de Dermat. et Syphil. de Paris. 1896.

lequel, avec la disparition du plus grand nombre des lépromes, se maintient un excellent état général (voir l'expérience XVI).

Nous avons expérimenté avec de l'urine de jour et de l'urine de nuit séparément; et, comme nous l'avons déjà dit, avec les urines de 24 h. dans deux expériences. Nous avons fait aussi quelques expériences avec le sérum du sang de ces malades.

Toutes nos expériences ont été faites au mois de mai et de juin de l'année 1896.

Fig. 1.



Expérience I. — L'urine est de I. Stoica, âgé de 17 ans (voir fig. 1) atteint de lèpre tuberculeuse des plus généralisées. Il est malade seulement depuis 4 ans.

Voici l'analyse chimique de cette urine:

Couleur normale.

Apparence trouble.

Dépôt floconneux et abondant.

Réaction. Acide.
Densité 1015.
Urée 35 grammes par litre en 24 h.; 13 gr. dans l'urine analysée.
Acide urique. Normal. — Créatinine. Diminuée.
Azote. Diminué. — Uro-crythrine. Normale.
Leucocytes. Très peu.
Cristaux d'oxalate de chaux. } Nombreux.

Cette urine, qui est de jour et de nuit, sert pour cette expérience.

L'animal sur lequel nous expérimentons est un lapin de 1900 grammes. Tempér. 38°. Respiration 65.

L'expérience commence à 3 h. 25 de l'après midi, l'urine est préalablemet filtrée.

L'injection est faite avec un appareil à pression continue par une veine de la cuisse.

Après 5 minutes, 25 c.c. sont injectés et on observe: miction, defécation, respiration fréquente.

A 3 h. 35 m., 50 c.c. sont injectés: Pupilles contractées, respiration encore plus fréquente.

A 3 h. 40, 75 c.c.: dyspnée, tremblements, pupilles contractées, larmoiement, salivation. A 3 h. 45 m., 100 c.c. sont injectés: dyspnée considérable.

A 4 h. la quantité introduite par la veine est de 150 c.c. Même dyspnée, tachycardie.

A 4 h. 30 m., après une nouvelle quantité d'urine introduite, toujours à raison de 25 c.c. toutes les 5 minutes, on observe: convulsions, exophthalmie, abolition des reflexes.

A 4 h. 35 m., l'animal meurt. La quantité totale injecté a été de 350 c.c.

La température n'a pas baissé.

Expérience II. — L'urine provient toujours du malade I. Stoica. Elle est de jour et de nuit. L'animal pour l'expérience est un lapin gris, adulte, pesant 1 kilo 600 grammes. Tempér. 39°. Respiration 65.

On filtre l'urine et on injecte comme précédemment à raison de 25 c.c. toutes les 5 minutes.

Après avoir introduit par la veine 50 c.c., on observe: contraction des pupilles, miction et défécation.

Lorsque 100 c.c. sont injectés, nous arrêtons l'expérience pour voir ce qui arrivera à l'animal: somnolence, pupilles contractées, miction, température 37.

Quelques heures après, l'animal revient à son état normal. Il vit encore.

Expérience III. — L'urine provient toujours de ce même malade, elle est retirée avec une sonde stérilisée vers midi, c'est donc l'urine de jour.

La quantité retirée a été de 270 grammes. L'urine est filtrée comme précédemment à travers un filtre de papier Rousseaux.

L'animal, pour l'expérience, est un lapin blanc qui pèse 1 kilo 820 grammes. Température prise dans le rectum 39°. Respiration 70.

L'expérience commence à 5 h. 10 m. de la même manière en poussant très lentement et lorsque 20 c.c. sont injectée: miction, défécation.

Après avoir introduit 40 c.c., on constate: dyspnée, exophthalmie, contraction des pupilles, convulsions, puis l'animal se raidit et 5 minutes après il meurt.

La température a baissée à 37°.

Expérience IV. — (Urine de jour). A 2 h. de l'après midi on retire par une sonde stérilisée une quantité de 400 c.c. d'urine. Toujours de ce malade.

Le lapin pèse 1 kilogr. 750 grammes. Temp. 38°. R. 60.

L'expérience commence à 5 h. 45 m. avec les mêmes précautions et appareil.

Après 5 minutes on observe: dyspnée, convulsions, contraction des pupilles. Cinq minutes plus tard convulsions très-violentes, miction, défécation et exophthalmie.

Quinze minutes après avoir commencé l'expérience, l'animal meurt.

La quantité d'urine injectée a été de 45 c.c.

La température est descendue à 37°.

Expérience V. — (Urine de nuit). Urine du même malade, retirée avec la sonde à 7 h. du matin, le malade n'ayant pas uriné toute la nuit.

On avait retiré 190 grammes.

L'animal sur lequel on expérimente est un lapin du poids de 2 kilogr. 50 grammes.

Température 40°. Respiration 75. Pulsations cardiaques 120.

L'expérience commence à 3 h. Après 30 minutes, on observe: miction abondante, respiration fréquente. Cinq minutes plus tard, contraction des pupilles. A 3 h. 40 m. convulsions violentes, exophthalmie, défécation. L'animal tombe sur un côté et meurt. La température n'a pas changé.

La quantité injectée, 105 centimètres cubes.

Expérience VI. — L'urine provient toujours du même malade; c'est l'urine de jour et on en a rétiré 80 grammes.

Le patient est un lapin de 2060 grammes.

Tempér. 40°. Respir. 80.

L'expérience commence à 4 h. 40 m. en suivant les mêmes règles.

A 4 h. 45: dyspnée, pupilles contractées, légère exophthalmie. A 4 h. 48: tremblements, salivation. A 4 h. 55 l'animal est pris de convulsions et meurt.

La température est descendue à 37°. La quantité totale d'urine injectée a été de 50 c.c.

Expérience VII. — L'urine est toujours du même malade, c'est l'urine de 8 h. du soir à 8 h. du matin. (Urine de nuit), la quantité est de 220 grammes.

L'animal est un lapin blanc du poids de 1 kilogr. 640 gr. Tempér. 40°. Respir. 80.

L'expérience commence à 4 h. 10. A 4 h. 17: défécation, contraction des pupilles.

A 4 h. 25, la respiration est exagérée et à 4 h. 30, dyspnée, défécation, miction. A 4 h. 45 miction d'urine trouble. A 5 h. convulsions violentes; opisthotonos, exophthalmie, cyanose des lèvres et de la langue et mort.

La quantité d'urine injectée 140 c.c.

La température est descendue à 38°.

Expérience VIII. — (8 juin). L'urine provient toujours du même malade. C'est l'urine de 6 h. du matin à 4 h. du soir (urine de jour).

C'est encore sur un lapin du poids de 2 kg. 60 grammes qu'on expérimente.

Respiration 85. Temp. 40°.

L'expérience commence à 4 h. 20. A 4 h. 32, on constate: dyspnée, tremblements. A 4 h. 45, miction, défécation et trois minutes après, nouvelle miction et défécation, convulsions violentes; l'animal se tord sur lui-même et meurt.

Température 38°.

La quantité totale d'urine injectée a été de 75 c.c.

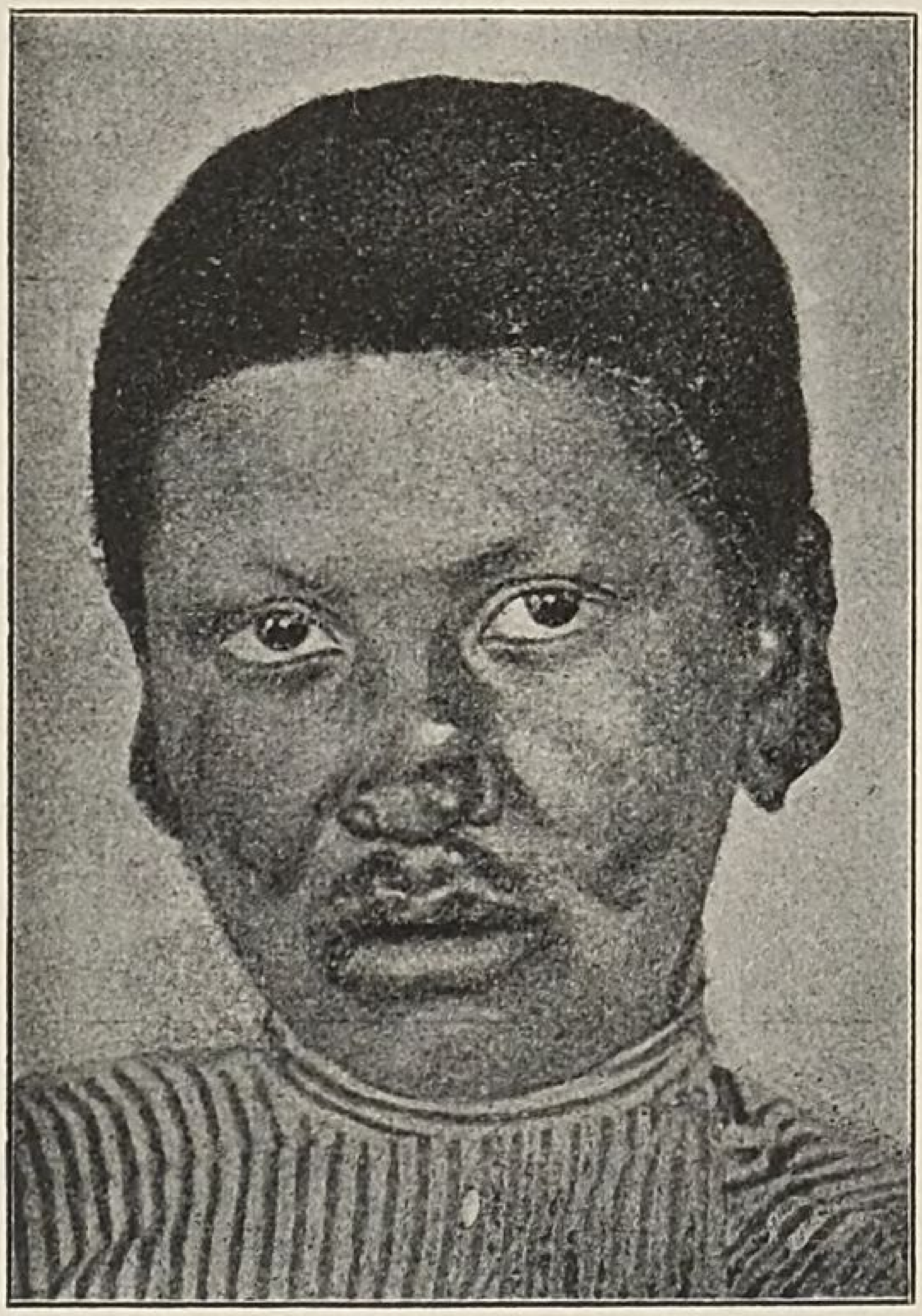
IV.

Expériences avec l'urine d'un autre malade.

Expérience IX. (11 juin 1896). — L'urine provient d'un lépreux tuberculeux N. Dragomir, âgé de 12 ans, dont la mère, atteinte à un degré plus avancé de lèpre mixte, a perdu la vue à la suite des mêmes accidents.

L'enfant, qui couchait avec sa mère, est malade depuis quatre ans. Il offre des lépromes disséminés sur le visage, les membres supérieurs et les membres inférieurs. Les testicules sont arrêtés dans leur développement. (Voir fig. 2.)

Fig. 2.



Etat général assez satisfaisant.

Avant de chercher la toxicité de son urine, nous faisons faire l'analyse chimique de ce liquide, qui donne le résultat suivant:

Couleur normale.

Apparence peu trouble.

Dépôt floconneux et peu abondant.

Réaction acide.

Densité 1020.

Urée 46 grammes par litre en 24 h.; 19 grammes dans l'urine analysée.

Acide urique un peu augmenté.

Uro-crythrine normale.

Azote augmenté.

Ferments nombreux.

Leucocytes très peu.

Cette analyse porte sur l'urine de jour et de nuit.

L'animal sur lequel on fait cette expérience est un lapin du poids de 1 kg. 470 gr. Température 40°. Respiration 80.

L'urine est de nuit (8 du soir à 7 h. du matin).

La quantité retirée est de 300 grammes.

L'expérience commence à 4 h. 45, on pousse l'injection par une veine du train postérieur, à l'aide d'un appareil à pression continue.

Dix minutes après, l'animal est agité; contraction des pupilles, puis tremblements et mort après injection de 65 c. c. La température n'a pas changé.

Expérience X. — L'urine est toujours du malade de l'expérience précédente; urine de nuit, du 8 h. du soir à 7 h. du matin. Elle est retirée par la sonde en quantité de 350c. c.

A'animal qui sert à l'expérience est un lapin adulte du poids de 2 kilogr. 30 grammes.

Température 40°. Repiration 85.

L'expérience commence à 3 h. 35.

A 3 h. 50, l'animal est agité; pupilles contractées, respiration accélérée.

A 3 h. 55: défécation et miction.

A 4 h. 40: tremblements.

A 4 h. 45: salivation abondante.

A 5 h.: convulsions, exophthalmie, miction. L'animal se tord sur lui-même et meurt.

La température n'a pas baissé.

La quantité d'urine injectée a été de 160 c. c.

Expérience XI. — Urine de jour, de 7 h. du matin à 4 h. du soir du même malade.

Le lapin destiné à cette expérience est du poids de 1 kg. 920 grammes. Température 41°. Respiration 75.

L'expérience commence à 5 h. du soir.

Après 5 minutes, on observe déjà: convulsions, contraction des pupilles, dyspnée.

A 5 h. 10, convulsions violentes, l'animal se raidit et meurt.

La température n'a pas varié.

La quantité d'urine injectée a été de 25 c. c.

Expérience XII. — Urine de jour, de 8 h. du matin à 4 h. du soir, du même malade, N. Dragomir.

Le lapin est du poids de 1630 grammes.

Température 40°. Respiration 80.

L'expérience commence à 5 h. 30.

A 5 h. 35, convulsions.

A 5 h. 40, convulsions violentes. L'animal se raidit et meurt.

La quantité d'urine injectée a été de 40 c. c.

La température n'a pas changé.

Expérience XIII. — L'urine provient toujours du malade précédent; c'est l'urine de jour.

Le lapin pèse 1 kilogr. 770 grammes.

Température 40°. Respiration 88.

L'expérience commence à 4 h. du soir.

Presque aussitôt on observe: contraction des pupilles; convulsions; exophthalmie; et 5 minutes après, raideur et l'animal meurt, après avoir injecté 25 c.c.

La température n'a pas changé.

Expérience XIV. — De la même urine on injecte dans la cavité péritonéale d'un gros rat blanc, 2 c.c. Aussitôt on observe: respiration fréquente; exophthalmie; puis torpeur, somnolence.

Puis peu à peu, il revient à l'état normal et le lendemain il est tout à fait bien.

Expérience XV. — L'urine est toujours du même malade; urine de jour, de 8 h. du matin à 4 h. du soir. La quantité retirée par la sonde est de 280 gr.

L'animal destiné à l'expérience est encore un gros rat blanc, adulte.

L'injection est poussée par une veine de la cuisse; elle commence à 4 h. 25. Après avoir introduit $1^1/_2$ c.c. on observe: miction et défécation.

Lorsqu'on a introduit $2^1/_2$ c.c., l'animal meurt, sans présenter d'autres phénomènes.

V.

Expériences pratiquées avec l'urine d'un autre malade.

Expérience XVI. — L'urine provient d'un malade âgé de 40 ans, atteint de lèpre tuberculeuse, chez lequel la maladie a commencé depuis 10 ans.

Les régions des sourcils sont un peu infiltrées; les poils de ces régions sont tombés dans leur tiers externe, mais il n'y a pas de lépromes visibles; seulement on observe une télangiéctasie assez intense de tout le visage.

J'observe des infiltrats lépromateux assez gros sur les bras et les avant-bras, siégeant surtout dans le tissu cellulaire sous-cutané.

Deux ou trois petits lépromes sur le dos des poings.

Quelques infiltrats lépromateux dans le tissu cellulaire des cuisses.

L'état général du malade est très satisfaisant. Il est intendant dans une administration publique, et il n'est donc pas hospitalisé.

L'analyse chimique de l'urine donne à peu près les mêmes résultats que dans les deux analyses précédemment indiquées.

Nous commençons l'expérience avec l'urine de nuit de ce malade (8 h. du soir à 7 h. du matin).

La quantité a été de 250 c. c.

L'animal destiné à l'expérience est un lapin du poids de 1 kg. 890 grammes.

Température 40°. Respiration 80.

L'expérience commence à 4 h. dans une veine de la cuisse.

A 4 h. 10: défécation, miction, contraction des pupilles.

A 4 h. 15: encore défécation.

A 4 h. 20: Respiration accélérée et à 4 h. 30 dyspnée.

A 4 h. 35, la dyspnée est plus grande, tremblements, convulsions; exophtalmie; l'animal meurt à 5 h., après injection de 200 c. c.

Température 38°.

Expérience XVII. — L'urine est toujours du malade précédent, c'est l'urine de nuit. Quantité retirée, 220 c. c.

Le lapin est du poids de 1 kg. 950 gr.

Température 40°. Respiration 80.

L'expérience commence à 3 h. 45.

A 4 h. 10: salivation; accélération de la respiration.

A 4 h. 30: miction, défécation, agitation.

A 4 h. 50: miction et défécation abondante; contraction des pupilles.

A 4 h. 55: convulsions et 5 minutes après l'animal meurt.

La quantité d'urine injectée 155 c. c.

La température n'a pas changé.

Expérience XVIII. — L'urine provient encore du malade précédent; c'est l'urine de jour (8 h. du matin à 4 h. du soir).

Le lapin pour cette expérience pèse 1150 gr.

Température 40. Respiration 65.

L'injection est poussée toujours par une veine du train postérieur, avec l'appareil à pression continue.

L'expérience commence à 5 h. 35.

A 5 h. 37: convulsions.

A 5 h. 40: raideur et l'animal meurt.

La quantité d'urine injectée est de 35 c. c.

La température n'a pas changé.

Expérience XIX. — (17 juin). L'urine provient toujours du malade précédent.

C'est l'urine de jour (8 h. du matin à 4 h. du soir). La quantité est de 205 c. c.

Le lapin pris pour l'expérience pèse un kg. 410 grammes.

Température 40°. Respiration 65.

L'expérience commence à 5 h. 25.

A 5 h 30: convulsions, exophtalmie, contraction des pupilles; l'animal se tord sur lui-même et meurt.

La quantité d'urine injectée 20 c. c.

La température n'a point changé.

VI.

Expériences pratiquées avec du sérum des lépreux tuberculeux.

Expérience I. — Le 29 mai 1896, à 5 h. 20, on injecte dans la cavité péritonéale de deux petites souris blanches 1 c. c. de sérum du sang du lépreux N. Dragomir.

Jusqu'au lendemain on n'observe aucun phénomène.

30 Mai. Nouvelle injecton de sérum à ces mêmes souris, encore 1 c. c. Prostration.

31 Mai. Les deux souris sont trouvées mortes.

L'autopsie montre une congestion très intense du péritoine.

Expérience II. — Avec du sérum du même malade, on fait une injection de 2 c. c. dans la cavité péritonéale d'un gros rat blanc.

L'animal tombe en prostration; mais il revient à son état normal le lendemain.

Nouvelle injection encore de 2 c. c.

L'animal a la respiration fréquente, puis prostration.

Ensuite il revient peu à peu à son état normal.

Expérience III. — Avec du sérum provenant du lépreux non hospitalisé, nous faisons les expériences suivantes: L'animal est un gros rat blanc de 282 grammes.

On injecte le sérum par une veine du train postérieur. Après avoir introduit 2 c. c. l'animal est pris de convulsions et meurt.

Expérience IV. — Le sérum provient toujours du malade précédent, qui est, comme nous l'avons dit, intendant dans une administration.

L'animal est un lapin du poids de 1 kilogr. 430 gr. Tempér. 40. Respiration 65.

On injecte le sérum par une veine du train postérieur, à la quantité de 45 grammes, n'en ayant pas davantage.

L'animal n'a présenté aucun phénomène.

Pour terminer ce petit travail, nous dirons: Que nos expériences diffèrent de celles des auteurs mentionnés ici par les points suivants: Nous avons expérimenté avec les urines de jour séparément; avec les urines seulement de nuit et celles de jour et de nuit aussi séparément, nous mettant ainsi dans les conditions indiquées, comme nous l'avons déjà dit, par le professeur Bouchard, qui a expérimenté avec les urines des individus sains.

Les urines étaient toujours préalablement filtrées et les injections ont été faites à l'aide d'un appareil à pression continue et le liquide introduit lentement par une veine de la cuisse, veine relativement à calibre plus grand que celle de l'oreille, qui a été choisie par d'autres expérimentateurs.

Les urines de nos malades, comme l'analyse chimique l'a démontré, ne renfermaient ni sucre, ni albumine.

Elles n'etaient pas non plus ictériques et celles de jour étaient retirées avec une sonde stérilisée et reçues dans des bouteilles également stérilisées.

Il n'est point besoin d'insister sur les phénomènes observés chez les animaux pendant l'expérience, puisque pareils symptômes ont été signalés à la suite des injections avec les urines d'individus sains.

Dans quelques expériences la température n'a pas baissé.

Mais nous devons insister sur les résultats que nos expériences ont permis de constater.

Nous venons de voir que nous nous sommes servis des urines de trois lépreux tuberculeux en pratiquant en tout 23 expériences.

De ce nombre, 19 ont été faites avec l'urine et 4 avec le sérum du sang de nos malades, préparé à la suite d'une saignée faite au bras.

Ces expériences nous ont montré: 1. Que l'urine de jour de ces malades est bien plus toxique que celle de nuit; 2. Que celle de jour et de nuit est moins toxique que les deux précédentes.

Mais pour faire mieux ressortir le résultat de ces expériences résumons-les ici.

Avec les urines de J. Stoica, nous avons fait 8 expériences à savoir:

I. Exp. l'animal pèse 1900 g. Urine de jour et de nuit 300 c. c. Mort.

II. Exp. l'animal pése 1600 g. Urine de jour et de nuit 100 c.c. Vit encore.

III. Exp. l'animal pèse 1820 g. Urine de jour à 40 g. Mort.
IV. Exp. animal de 1750 g. Urine de jour. Mort à 45 c. c.
V. „ „ „ 2050 g. „ „ nuit. „ „ 100 „ „
VI. „ „ „ 2060 g. „ „ jour. „ „ 50 „ „
VII. „ „ „ 1640 g. „ „ nuit. „ „ 140 „ „
VIII. „ „ „ 2060 g. „ „ jour. „ „ 75 „ „

Et avec les urines de N. Dragomir nous avons fait 7 expériences à savoir:

IX. Exp. animal 1470 g. Urine de nuit. Mort à 65 c.c.

Cet animal était petit, malingre.

X. Exp. animal de 2030 g. Urine de nuit. Mort à 160 c. c.
XI. „ „ „ 1920 g. „ „ jour. „ „ 25 „ „
XII. „ „ „ 1620 g. „ „ „ „ „ 40 „ „
XIII. „ „ „ 1770 g. „ „ „ „ „ 25 „ „

XIV. Exp. Avec cette urine on injecte dans la cavité péritonéale d'un gros rat blanc 2 c. c. Aussitôt l'animal a la respiration fréquente; exophtalmie, torpeur, somnolence. Puis peu à peu l'animal revient à la vie et il est rétabli le lendemain.

XV. Exp. Urine de jour. Gros rat blanc. Injection dans la veine fémorale. Après $2^1/_2$ c. c. miction, défécation. Mort.

Par conséquent ces expériences, comme les précédentes, montrent que l'urine de jour est bien plus toxique que celle de nuit.

Si le rat n'est pas mort à la suite de l'introduction de 2 c. c. de cette urine dans la cavité péritonéale, $2^1/_2$ c. c. introduits par injection intra-veineuse, a tué l'animal.

Donc la toxicité de cette urine de jour a été égale pour le lapin et le rat.

Les urines d'un 3. malade.

Ce malade est relativement très bien, tant comme lésion, la plupart des lépromes ayant disparu, que par son état général.

Expérience XVI animal 1890 g. Urine de nuit 200 c. c. Mort.
„ XVII „ 1950 g. „ „ „ 155 „ „ „
„ XVIII „ 1150 g. „ „ jour 35 „ „ „
„ XIX „ 1410 g. „ „ „ 20 „ „ „

Donc le même résultat a été observé avec les urines de ce malade qui, comme nous venons de le dire, jouit relativement d'un excellent état de santé.

Les mêmes phénomènes ont offert aussi les animaux en expérience. Exophtalmie, convulsions, tremblements, tachycardie, contraction des pupilles.

Si donc nos erpériences se rapprochent, en règle générale, des résultats obtenus par Bouchard avec les urines normales: urines de jour plus toxiques que les urines de nuit, et que la toxicité est moindre lorsqu'on injecte les urines mélangées de jour et de nuit, pouvons-nous admettre, basés sur nos expériences, que les urines des lépreux tuberculeux sont plus toxiques que les urines des sujets sains?

Oui, si nous rappelons que Chatinière n'a observé la mort de ses animaux en expérience qu'à la suite de l'introduction par la veine de

4 à 500 centimètres cubes d'urine, alors que nous sommes arrivés à ce résultat avec des doses quatre et même dix fois moindres, il est évident qu'il faut admettre que les urines, surtout celles du jour, sont bien plus toxiques que les urines normales. (Voir nos exp. VI., VIII., XI., XIII., XVIII et XIX.)

Dans ces expériences il y a eu des animaux qui ont été tués avec 30 c. c. par kg, d'autres aves 15 c. c. et enfin d'autres par 12 c. c.

Ces résulrats ont été observés avec les urines de jour. Si donc, comme l'a établi Bouchard, il faut 60 c. c. ou 45 c. c. en moyenne d'urine normale pour tuer un kilogr. d'animal, les urines des lépreux tuberculeux sont bien plus toxiques.

Les quelques petites variations que nous avons observées dans les résultats obtenus, ne peuvent, il nous semble, faire oublier que, régulièrement, nous avons constaté à peu près les mêmes faits.

Donc, si les urines sont plus toxiques chez les lépreux que chez des sujets sains, il faut admettre que les poisons de l'organisme s'éliminent au dehors assez régulièrement, même mieux qu'à l'état normal, cela tout au moins lorsque les reins ne sont pas lésés, comme il en a été chez nos malades si nous tenons compte de l'analyse chimique de leurs urines.

Mais alors que nous venons de constater que les urines de ces malades sont plus toxiques que les urines normales, et que des lapins ont été tués avec 30, 15 et 12 c. c. par kg d'animal, l'injection intraveineuse de 45 c. c. de sérum chez un l'apin n'a donné lieu qu'à des phénomènes insignifiants (voir exp. faites avec le sérum exp. IV).

Il est vrai qu'avec cette seule expérience on nest pas en droit de tirer des conclusions, quoique l'on puisse dire, que du moment que les poisons de l'organisme s'éliminent par les urines abondamment, dans le sang il n'en reste pas.

Si d'autres expériences venaient à établir la non-toxicité du sérum du sang chez les lépreux, on s'expliquerait peut-être la marche et la durée relativement longue de la lèpre.

Mais nous ne pouvons rien dire de précis à ce propos, puisque l'introduction par la veine fémorale, chez un gros rat blanc, de 2 c. c. de ce sérum a donné des convulsions et la mort à cet animal. Pourtant dans les expériences on tient plutôt compte des phénomènes observés chez les plus grands animaux et pour conclure il faut avoir un nombre bien plus considérable de faits.

C'est ce que nous nous proposons faire prochainement.

Some preliminary observations in connection with a new serum for the treatment of leprosy.

By

C. Lawrence Herman and **Phineas S. Abraham** (London).

The laboratory experiments and the preparation of the serum in connection with this enquiry have been conducted by Dr. Herman in Dr. Klein's laboratory. Dr. Abraham is responsible for the clinical part of the enquiry, as regards the patients in London.

We have to thank Dr. Klein, who kindly accorded every encouragement and assistance, and aided by his valuable advice at almost every stage.

Remembering the richness of the nodules in bacillary bodies in an almost pure cultivation, it seemed that they would yield the most likely substance to produce a serum, active in germicidal and immunising properties. The most feasible method of preparation seemed to be, therefore, either to excise a leprous nodule and to make an emulsion of it, or to obtain exsudation from a nodule by pressure; and in either case to employ this material for the purpose of inoculating an animal.

One of us (Dr. Herman) had already communicated with Dr. Carrasquilla, of Bogota, and Professor Kitasato, of Tokio, who we knew were engaged in a similar direction. Courteous replies were received from these gentlemen. Professor Kitasato was not prepared to make any statement as to his investigation. Dr. Carrasquilla forwarded his memoir, descriptive of the method employed by him to make his serum, and recorded the favourable results obtained by its use. He also, with great courtesy and kindness, sent a small quantity of the serum prepared by him.

It is right to say that these experiments were in progress some three months before learning the details of Dr. Carrasquilla's method, which indeed differs widely from that recorded in this paper.

A suitable patient having been chosen, a nodule, free from suppuration, was carefully desinfected with lysol, then washed, first with alcohol and finally with sterilized water. The nodule was then clamped and incised freely, and the clamp slowly tightened to force out as much fluid as possible.

The clamp used was devised by one of us (Dr. Abraham). It has blades horizontally flattened, and curved on the flat, with a curved indentation on the inner edge of each blade. The blades are brought together and kept fixed by a screw near the proximal or hinge end of the instrument.

The exsudation was sucked up into small capillary pipettes. When a sufficient amount had been collected in the pipette so that it was half full, a small quantity of sterilized normal salt solution was sucked up. This gives the exsudation more fluidity, and renders it more easy to expel the material when required for use. The ends of the pipette were carefully sealed in the flame, care being taken to avoid applying heat to the liquid. The pipette was then put away in sterilized cotton wool.

In this way, from twelve to twenty pipettes were filled from the patient at each sitting, the number depending much on his good-will and endurance. The incisions rapidly healed and never caused any trouble or inconvenience.

It is interesting to note here that we invariably found that the operation had a beneficial effect, the nodules subsequently shrinking and disappearing.

As a rule, it was necessary to keep the pipettes for at least twenty-four hours before it was possible to use them; on two occasions it was necessary to keep them for a week or ten days; but generally the inoculation of the horse was made, with material in as fresh a state as possible.

The horse, which was selected as the most convenient animal to use for the purpose, received a preliminary injection of 1 c. c. of mallein, and, as no reaction ensued, the first inoculation with leprous material, was made on August 12th 1896.

The pipette was emptied into a sterilized small glass vessel, the fluid mixed with a fresh quantity of sterilized salt solution, and injected, with antiseptic precautions, under the skin at the root of the neck at a part which had been previously shaved and disinfected.

The injections were repeated in increasing quantities every week or fortnight, whenever material was available. During four and a half months the horse received altogether ten injections, the last two consisting of the fluid contained in twenty-four and twenty-five pipettes respectively.

At the end of the tenth injection uo further material was obtainable, in consequence of an intercurrent illness of the patient, and the inoculations of the horse had to be abandoned for the time.

The following table shows the date of inoculations:

1896	August	8	=	1 c. c. mallein
„	„	12	=	Leprosy exsudation injected
„	„	19		„
„	„	25		„
„	Sept.	8		„
„	„	15		„
„	„	25		„

1896	Oct.	13	=	Leprosy exsudation injected
„	„	29		„
„	Nov.	10		„
„	Dec.	24		„

The inoculations were not followed by any very noteworthy reaction, and the general health of the animal did not suffer. He fed well and remained in good condition, while there was hardly any febrile disturbance. His daily temperature fluctuated between 99,9 and 100° F., and never rose beyond 101,1° F., which it did only on one occasion, namely, after the first inoculation.

The injection was followed by a small and painful swelling, which, after the first day, was warm to the touch, and slowly disappeared in two or three days.

On one occasion only, when some fifteen pipettes of exsudation were injeeted, did any considerable swelling and oedema result; this lasted some six days and then gradually disappeared.

On the 8th of December, four weeks after the ninth inoculation, the horse was bled from the jugular vein, and two litres of blood drawn off.

The serum was allowed to separate in the usual way, filtered through a Chamberland filter, and decanted into sterilized 10 c. c. bottles, into which a small crystal of thymol was placed.

On the 17th February of this year the bleeding was repeated and two litres of blood again taken. This was treated in the same way.

The serum having been in each case tried on Guinea-pigs in 1 c. c. injections, and found to produce no reaction or untoward symptom, observations were commenced on patients suffering from the disease, and a portion sent to the Robben Island Infirmary Cape of Good Hope.

Case I.

A Man. Coloured. From the West Indies. Aged 24. Nodular Leprosy, of about 3 years duration.

Had been in England during the last two years. His skin was much pigmented and mottled over the body and limbs, and there were some thickening and swelling of the skin of the hands and feet, and ulceration of the nasal mucous membrane, in which bacilli were abundantly demonstrated. There were indications of nodular thickenings on the face and nose. He was in a feverish and languid condition when first seen. The first symptoms he had noticed were in the nose and throat, with stuffiness, and difficulty of breathing, and change in his singing voice. Then swelling and roughness of the hands and feet came on, and some alteration in sensation, and patches of discolouration on various parts of the body and limbs.

1. Injection. December 31. 1896. 1 c. c. in the back, between the shoulders.

No subsequent rise of temperature or local effects were noted.

2. Injection. January 1. 1897. 2 c. c. in left buttock.

There was a slight rise of temperature to 99,2° F., but no discomfiture.

3. Injection. January 4. 1897. 5 c. c. in left buttock.

No rise of temperature or other effect.

4. Injection. January 6. 1897. 3 c. c. in left buttock.

The temperature went up that evening to 99,8.

5. Injection. January 8. 1897. 5 c. c.

The temperature rose in the evening to 99,8.

The patient felt heavy and languid.

On the following night the temperature was 100,2.

6. Injection. January 12. 1897. 5 c. c. in the right buttock.

This caused much pain, and the left inguinal gland became enlarged and tender.

The patient stated the following day that the sensation in his hands was improving.

The skin generally seemed softer and smoother.

7. Injection. January 20. 1897. 5 c. c. in the left buttock.

There was some pain at the site of injection.

The temperature went up to 99,4.

8. Injection. January 20. 1897. 5. c. c.

No effect produced.

The note says, ,,There is now a fair growth of hair on the legs. It has been gradually coming back for some weeks.“

9. Injection. January 25. 1897. 5 c. c.

Patient complained of pain the next day.

The temperature went up to 101,4.

He thinks that the skin generally has become smoother.

10. Injection. January 27. 1897. 6 c. c. in the left buttock.

Much tenderness ensued.

The temperature went up to 102,8 and gradually sunk to 100.

Two maculae which had been on the thighs, above the knees, had now disappeared, and some other spots were fading. His power of hand grasp was stronger, and the finger nails looked more healthy.

11. Injection. February 1. 1897. 5 c. c. in the left thigh.

The hip became very tender, and the temperature at night reached 101,2.

He stated that the discharge from the nose had greatly diminished, and that the gums were not tender, as formerly.

The temperature kept up, and an abscess developed in the thigh.

This injection had been made by an assistant, who did not use a special syringe.

12. Injection. February 16. 1897. 6 c. c. in the left thigh.

There was a slight soreness, and rise of temperature to 99, and pain was felt in the other thigh, where the abscess was still progressing.

Several spots on the body were noted to be fading.

The injections were now intermitted until the abscess on the right thigh was healed.

At the end of the month he developed a rash in the arms and back, with a temperature of 100 and sore throat. These symptoms soon subsided, but several whitish swellings (? follicles) were observed on the soft palate and fauces.

The abscess on the thigh again had to be opened, but he left the Hospital on the 13. of March, feeling much better in every way.

13. Injection. March 17. 1897. 10 c. c. in the dorsal region.

Great prostration came on two hours after the injection, with a sensation of sickness, and a free action of the bowels.

The temperature at 6 p. m. was 99,8.

He felt well the next morning, with the exception of some pain in the shoulder and back.

14. Injection. March 19. 1897. 10 c. c. in the right buttock, the back being still rather tender and swollen.

There was no rise of temperature or other effect.

15. Injection. March 23. 1897. 10 c. c. in the left buttock, followed very soon by faintness, diarrhoea, and a rise of temperature to 100.

16. Injection. March 25. 1897. 10 c. c. in the right buttock.

Within a very few minutes a condition almost of collapse set in. A feeling of sickness and severe pain up the right side.

17. Injection. March 27. 1897. 10 c. c. in left buttock.

This produced a slight local swelling, but no disagrecable symptoms.

18. Injection. March 30. 1897. 10 c. c., followed in two hours by pain, sensation of general swelling and prostration.

The temperature went up at night to 99,6.

19. Injection. April 7. 1897. 10 c. c. in the right buttock.

This was immediately followed by a sensation of great heat all over the body. Puffing in the face and shortness of breath. As on the former occasion when the immediate effect was somewhat alarming, symptoms were soon relieved by stimulant.

20. Injection. April 10. 1897. 10 c. c.

21. Injection. April 13. 1897. 10 c. c.

22. & last Injection. April 17. 1897. 10 c. c.

On each of these last occasions slight flushings and languor were produced, but no very serious symptoms.

The injections, which had now amounted to one hundred and forty-six c. c. of the serum, were then stopped. The patient has remained pretty well ever since, although the skin of the thighs, and especially of the knees, has become more thickened and rougher. Perhaps the patchy pigmentation is not quite so marked as formerly.

On the 12. of April for the first time an ulceration was noticed on the palate, yielding large quantities of bacilli; it extended for about 1 inch, involving both the hard and soft palate. This was scraped, and it is now practically healed.

Case II.

A Man. Aged 22. Born in the West Indies. Nodular leprosy of several years duration.

This was the patient who kindly allowed material to be taken from his tuberosities for the purposes of this enquiry.

The first thing noticed was lameness, with atrophy of the muscles of the leg supposed at the time (1886), and for some years afterwards, to be from „Infantile Paralysis“. Maculae did not appear until 1892.

When he first came under observation in 1896, there were extensive nodular thickenings over the face and ears, with much pustular ulceration and crusting, and widely spread patches of discoloration about the limbs and body, and anaesthesia and atrophy of the left leg and feet. Typical bacilli were found in profusion.

Under treatment he greatly improved in his personal appearance and general health during the four months preceding the commencement of the investigation.

Towards the end of the year 1896, however, severe fever came on. The cer-

vical glands became swollen, and fresh nodules appeared on the face. The patient was really very ill, and with long continued pyrexia — at one time thought to be malaria, at another typhoid, and ultimately considered to be leprotic. Quinine, and other drugs were largely administered.

When the fever had somewhat subsided, and as a supply of the serum was then at hand, a tentative injection of, 5 c. c. was administered.

1. Injection. January 3. 1897. 5 c. c. into the left buttock.

It caused no pain, and had no marked effect, locally or generally, except that the patient's temperature went down in two or thre hours from 100 to 98,5.

2. Injection. January 10. 1897. 2 c. c. also into the left buttock, and without much local or general effect; but some days afterwards it was thought that the face looked clearer.

3. Injection. January 13. 1897. 5 c. c. higher up on the same buttock.

There was great local pain soon after the injection, and swelling, which extended down the limb. The pain continued for about four days in the buttock and leg, and the temperature went up and fluctuated for some weeks between 102 and 105. He felt, indeed, very weak and ill, and much lower in spirits, as Dr. Redfern, who kindly looked after the case, and to whom our best thanks are due for his kind assistance, observed. Indeed, it was thought that the patient would succumb.

It may be noted that there was never any purulent formation at the site of the injection.

The injections, in consequence of his condition, had to be postponed for several weeks.

4. Injection. February 14. 1897. 6 c. c. in the right buttock.

Slight pain was caused at the time, and some pain and swelling of the limb, which remained for about two days; and there was a slight rise of temperature.

A crop of nodules then appeared on the left forearm.

5. Injection. February 25. 1897. 5 c. c. in the right buttock.

Caused very great pain and swelling of the limb, which continued for about four days, and some constitutional disturbance.

A few days afterwards it was remarked that the nodules on the face seemed to be diminishing.

6. Injection. March 3. 1897. 5 c. c. in the left interscapular region.

This seemed to be the most painful injection of all, the pain extending over the back, arms and buttocks, with general swelling of the skin.

On the second day the face became greatly puffed up and swollen.

The temperature went up, and for a few weeks he was again in a very serious condition.

As was not to be wondered at, the patient then declined to receive any further injections.

He had altogether had administered to him 23,5 c. c. of the serum. He remained in a very weak state, unable to stand, but without much fever or fresh outbreaks of nodules until June this year, since when, with change of air, careful nursing and massage, he has regained to a great extent the use of his legs, and is now practically in the same condition as he was this time last year. His face is certainly less nodular, and he expresses himself as feeling better in every way.

Observations with the serum were commenced in another case, a West Indian boy, now aged 12.

Two injections only, of 4 and 5 c. c., were administered, without producing much effect, local or constitutional. The patient then left the hospital.

In the case of a young lady, aged 21, an advanced example of nodular leprosy, two injections of 1. c. c. each, of Dr. Carrasquilla's serum, were administered.

The second caused her so much pain that she would allow no further injection to be made.

They had no effect, at any rate, in stopping the disease, for within a fortnight several new tuberosities appeared on her face and arms.

With reference to the sample of serum forwarded to Robben Island, Dr. W. H. Atherstone, Physician in charge, and Dr. R. S. Black, Bacteriologist to the Infirmary, reported to the Cape Government on the 15th of May as to the effect produced by the use of the serum in three cases. From the official report which was put at the disposal of one of us (Dr. Herman), we quote the following observations: —

Case I.

A patient suffering for six years from tubercular leprosy in an advanced form, the whole face being studded with nodules. This patient received twenty-one injections, extending over fifty days, the total amount of serum used being 100 c. c.

It is noted in conclusion: —

„At the end of the injections we could not say that his condition was improved in any respect in any appreciable degree. He, however, described himself as feeling distinctly better and stronger.“

Case II.

T—, a patient suffering from maculo-anaesthetic leprosy of four years duration.

The patient had, as is reported,

„General erythema of face and neck, skin of face blotchy and thickened, vertex and eyebrows void of hair, hair on face extremely scanty, slight paresis of eyelids, skin of neck thickened and red. The skin of the whole body, arms, trunk and legs, before and behind, was covered with numerous patches red, raised, of various sizes, and markedly anaesthetic. The cuticle of the patches was scaly, and round the edges of most of the patches there was a slight coloured margin. Many of the patches also showed leucodermic change in their centres. The appearance of the patches is so well exhibited in the annexed photographs that further description is unnecessary. The skin of the arms and legs, below the knees and elbows respectively, was anaesthetic, the fingers contracted, and the left wrist showed the characteristic proof of peripheral paralysis.

At the time of injection this patient was confined to bed, suffering, as we have above stated, from marked general erythema and

asthenia. His temperature had been taken for a considerable period, and showed no special irregularity. There had been rapid wasting of the muscles of the arms; in particular the left forearm muscles. This patient was, like the previous one, injected with Dr. Herman's serum, having nineteen injections in all, extending over a period from January 7th to March 28th.

The temperature curve towards the middle period of inoculation was raised for some days to 101° F., and a few days subsequent to this rise there was a recrudescence of the general erythema, which had previously abated. The temperature then fell, and showed nothing remarkable for a considerable period afterwards.

At the end of the injections this patient showed a marked general improvement in his physical condition. He was stronger, fatter, was able to leave his bed and walk about, and the power returned to the left forearm, so that he was able to raise the paralysed wrist, as shewn in the photograph.

A very marked change also made its appearance in the condition of the patches; the leucodermic margins and centres continued progressively to encroach on the livid areas of the patches, and there was a slight decrease of the anaesthesia in some of the patches. This decrease of anaesthesia was not confined to the patches near the site of injection.

He also thought that his feeling in the hands and feet was considerably improved. The photograph very clearly shows the changes referred to in the appearance of the patches."

This patient had a total of about 90 c. c. of serum during the course of his treatment, and the reporters, Dr. Atherstone and Dr. Black, in summing up their remarks, state: —

„In the case of T., who was injected with Dr. Herman's serum, a very marked improvement, as has already been described, was observable. He became stouter and more robust. The paralysis of the arms was diminished, and the maculae all over the body showed improvement, both in sensation and diminution of area."

Case III.

In this case no details are given, but it is noted that in a case of leprotic fever in a female, an injection of serum was followed by a „rapid fall in temperature without any other treatment than the ordinary pharmacopial remedies."

Conclusion.

Before drawing any deductions as to the use of this serum, it is only right to say, that it was prepared, after a comparatively small number of inoculations had taken place, as a sample, to observe its effect on some patients under observation. The inability to procure a larger quantity of leprous material for inoculation prevented the development of the investigation.

The above experiments are obviously, therefore, incomplete, and we shall not attempt to base upon them any final conclusions as to the value of serum-therapy in Leprosy.

We know quite well that patients suffering from that disease sometimes lose for a time, one or more of its manifestations, and that they often express themselves as „feeling better", especially after trying some new remedy.

But, making due allowance for this, the history of T., one of the Robben Island cases (Case II), nevertheless, shows that this man, profoundly affected, not able to leave his bed, and suffering from wrist-drop, was so much improved after treatment that he was able to get up, his wrist-drop disappeared, and improvement of his tactile sensibility set in.

While, of the London cases, both suffering from Nodular Leprosy — one very advanced — the least that can be said is that they are no worse after than before treatment; one patient is perhaps in some respects better.

The local and general reactions which followed the injections of the serum were well marked, as shown by swelling and pain at the site of injection, followed by swelling and heat of the face and skin. That the treatment produced no more marked effect on the Nodular Cases is perhaps not to be wondered at, as Nodular Leprosy is undoubtedly a more severe form of the disease; more energetic and continous treatment would perhaps be therefore required.

Still, on the whole, we do not feel discouraged, and we may hope that a more extended trial of this method of treatment will give better results; especially where it is possible to obtain larger quantities of material for preparing a more active serum, on the lines indicated in this paper.

We have felt justified, however, in making these experiments, even though they might prove to be futile, in as much as the disease of Leprosy is still practically incurable by any therapeutic means at present known to medecine. We believed that an attempt at the preparation of a leprous antitoxin was desirable, and we beg to submit, at any rate, that such a substance is more likely to be preparable on some such lines as we have adopted. Our results so far are now brought forward as a possible help to other observers who may have the opportunity or desire of experimenting in the same direction, and who may perhaps be able to improve upon our methods.

La lèpre, son Traitement par la Sérothérapie.

Par

J. Olaya Laverde (Socorro).

Introduction.

La lèpre paraît avoir été importée par les Européens en Colombie. Gougalo Jimenés de Quesada, „conquistador", mourut de la lèpre à Mariquita en 1538. Le Dr. José Antonio de Plaza affirme qu'elle était inconnue des Indiens.

Actuellement une statistique portant sur la moitié environ de la population, donne le chiffre officiel de 2325 lépreux.

La province de Santander est l'endroit de la République où l'on rencontre le plus grand nombre de lépreux. Il n'y a pour ainsi dire pas un seul village qui ne soit contaminé par la maladie; viennent ensuite par ordre d'importance, les provinces de Boyacá, de Candinamarcá, Caucá, Bólivar et Antioquia où la lèpre était inconnue il y a un quart de siècle.

La province d'El Tolima en possède un très petit nombre, probablement à cause de son climat sec et tempéré. Tous les observateurs qui se sont occupés de cette partie statistique sont d'avis que la lèpre fait des progrès inquiétants.

On peut dire qu'aucun point du territoire n'est complètement indemne de la contagion et que si la prophylaxie ne vient entraver la marche de l'invasion, la dissémination de la lèpre peut envahir tout le territoire sans rencontrer d'obstacles.

La thérapeutique de la lèpre n'a donné jusqu'à présent que des résultats décourageants. Nous ne ferons pas ici la nomenclature des innombrables moyens de traitement qui ont joui d'une confiance éphémère de la part de tous les médecins. Mais avant d'aborder l'étude du traitement de la lèpre par la sérothérapie, nous tenons à signaler certains procédés empiriques inventés par des malades désespérés pour essayer de porter un remède à leurs maux: des lépreux, en effet, ont eu le courage de se faire piquer par des serpents venimeux, des scorpions, ou même des guêpes; nous ne possédons naturellement que des renseignements très vagues sur les résultats et la pratique de cette thérapeutique barbare. Nous savons seulement que plusieurs malades

en sont morts, mais quelques-uns avaient trouvé un certain soulagement à leurs maux. En tout cas, actuellement nous savons que le serpent „corral“, dont la morsure est rarement mortelle, est le plus fréquemment choisi pour ce procédé hasardeux. Un empirique aux environs de Barranquilla acceptait dernièrement de faire mordre ses clients par un serpent qu'il tenait chez lui en cage; des accidents mortels en étant résultés, les autorités du département ont dû intervenir pour mettre un terme à cette industrie par trop rudimentaire.

Le Dr. Carrasquilla a tenté le premier d'appliquer la sérothérapie au traitement de la lèpre. Ce sont les essais de notre confrère qui nous ont encouragé à entreprendre cette tâche ardue et difficile. Ayant déjà pratiqué des essais de sérothérapie dans le cancer, et ayant déjà entrepris des recherches bactériologiques sur la lèpre, nous pûmes aborder cette entreprise sans être arrêtés dans les difficultés du début, quoique disposant de moyens assez rudimentaires, et de ressources matérielles plus que modestes.

La préparation des animaux nous paraît être la partie la plus délicate, et peut-être, la plus importante du traitement sérothérapique de la lèpre; nous sommes encore à la période des essais et nos idées sont loin d'être fixées sur ce point important. Nous ne pouvions du reste ne procéder que par tâtonnements, et si certains faits nous paraissent bien acquis et sanctionnés par la pratique, il reste assurément beaucoup de choses importantes qu'un avenir prochain nous révèlera sans doute.

Et d'abord quels sont les animaux que l'on doit choisir? Le cheval déjà consacré par la sérothérapie antidiphtérique tout indiqué, on n'a pas manqué de l'employer à Bogota. Des raisons toutes secondaires nous on fait préférer les animaux de taille moyenne plus résistants, et il ne paraît pas que l'âne, la chèvre, le mouton réagissent moins bien aux inoculations, et donnent un sérum moins actif; au contraire, et nous sommes d'avis que les quadrupèdes désignés ci-dessus, sont d'un excellent usage pour la sérothérapie d'autant plus qu'on ne se trouve pas obligé presque fatalement d'utiliser des sujets hors d'usage, des bêtes de rebut. On trouve facilement et partout des ânes, des chèvres, des moutons vigoureux bien portants dans la force de l'âge, et ces qualités ne nous paraissent pas négligeables, du moment que nous considérons comme démontré par nos expériences que le sérum fourni par ces animaux peut acquérir des propriétés curatives aussi évidentes et aussi efficaces que le sérum du sang de cheval.

Les espèces étant déterminées et choisies, il reste à préparer les animaux; comme jusqu'ici on n'est pas parvenu à cultiver le bacille de Hansen, il ne s'agira pas d'inoculer aux animaux les cultures pures du bacille; du reste il est impossible d'inoculer la lèpre aux animaux en tant que maladie, jusqu'à présent tous nos efforts dans ce sens sont demeurés superflus; du reste, il n'existe pas, dans nos pays, pas plus qu'en Europe, d'exemple d'animaux domestiques ou sauvages ayant présenté des symptômes analogues à ceux de cette maladie. Malgré tout, nous avons essayé de provoquer chez l'âne des réactions lépreuses

en saturant l'organisme avec les produits lépreux les plus divers, à doses énormes et à différentes reprises; nos efforts n'ont abouti qu'à déterminer des réactions banales de toxicité sans jamais déterminer les manifestations articulaires et dermiques caractéristiques.

Mais si de ce côté tout espoir de tentative méthodique nous était refusé, il nous restait l'exemple et l'expérience acquise par certains de nos devanciers, qui n'ont pas hésité à chercher par analogie une thérapeutique ayant pour base la sérothérapie et applicable à des maladies non inoculables aux animaux, telles que la syphilis et le cancer; nous voulons parler du procédé de MM. Richet et Héricourt. L'exemple de ces expérimentateurs nous autorisait à essayer directement, chez le malade, l'injection hypodermique du sérum d'un mammifère préalablement soumis à des inoculations directes de produits lépreux.

Pour préparer nos animaux, nous avions à notre disposition deux procédés classiques, en quelque sorte, que nous n'avons pas manqué d'expérimenter parallèlement. Ce sont: l'inoculation du sérum du sang d'un lépreux d'une part, et l'inoculation des produits morbides de la lèpre d'autre part. Le premier procédé a été mis en oeuvre pour nous de la façon suivante: un âne fut injecté avec 80 grammes de sang frais, et le jour suivant avec 100 grammes de sérum du sang d'un lépreux robuste affecté de la forme mixte de la maladie en question. Cet animal ne présenta aucune réaction fébrile ni aucune sorte en apparence. Il en fut de même dans les autres essais que nous fîmes du même procédé, soit chez l'âne, soit chez la chèvre.

L'inoculation des produits morbides de la lèpre nous a donné chez l'animal des résultats tout différents, ainsi qu'on va le voir: choisissant un malade affecté de la forme mixte de la lèpre, nous lui faisons l'extirpation de plusieurs tumeurs lépreuses, on recueille 15 gr. de sang des plaies opératoires, 25 gr. de lépromes que l'on triture, que l'on passe au tamis et que l'on additionne de 20 gr. d'eau stérilisée, le tout donne un faible résidu (2 gr.) et un liquide clair et homogène, lequel est injecté séance tenante à la dose de 40 c. c. sous la peau d'un bouc, à la région pectorale et scapulaire.

L'animal éprouve une réaction fébrile qui dure plusieurs heures, et pendant trois jours une certaine gène de la marche; cette réaction de l'animal nous a paru constante, plus ou moins forte, à peu près proportionelle à la quantité de liquide injecté, et que l'on ne peut attribuer à une infection banale, car on n'observe qu'exceptionnellement des abcès ou des collections purulentes à la suite de ces piqûres. Du reste, cette réaction terminée, l'animal reste sain et bien portant.

Six ou huit jours après, on peut saigner l'animal et injecter le sérum frais aux malades.

Nous avons donc été à même de juger les effets thérapeutiques des deux sortes de sérum. Eh bien, s'il est permis de formuler une opinion après un nombre d'expériences encore bien restreint, nous croyons pouvoir affirmer que le sérum préparé par la seconde méthode est plus actif que le premier. Nous avons, en effet, établi un certain nombre d'expériences où l'on put comparer chez des malades aussi semblables que possible: 1. Les effets du sérum d'animal non immunisé; 2. ceux du sérum provenant d'animal injecté avec du sérum de lépreux,

et enfin 3. ceux du sérum provenant d'animaux traités avec du suc de léprome. Le résultat nous a semblé presque nul avec le sérum d'âne non vacciné, quoique, à la vérité, les malades n'y soient pas complètement insensibles; nous verrons plus loin que nous y avons eu recours dans certains cas sous forme de lavages du sang. Avec le sérum d'âne inoculé avec le sang d'un lépreux les effets sont déjà bien plus évidents, mais il reste incontestable pour nous que le sérum le plus actif provient d'animaux vaccinés avec le suc de lépromes. Nous répétons encore une fois que ce fait nous paraît acquis par l'observation parallèle de malades inoculés avec les deux produits différents.

Un animal ainsi préparé avec le suc de lépromes, peut fournir pendant deux ou trois mois au plus un sérum actif; au bout de ce temps, il convient de le laisser reposer pendant quelques semaines pour le réinoculer comme précédemment. Enfin, ayant fait quelques tentatives de sérothérapie pour le traitement du cancer, nous fûmes tentés de soumettre deux malades à cette médication; nous exposerons en détail le résultat de cette tentative. La raison qui nous détermina à suivre cette marche est que le cancer ne se rencontre jamais chez les lépreux, et que les deux diathèses ont tout au moins l'air de l'exclure.

La saignée des animaux ne présente en elle-même rien d'intéressant à noter. Le sang se recueille dans un flacon de Koch, on le met pendant 24 heures dans une étuve à zéro centigrade. La séparation du sérum se fait sans difficulté et celui-ci est divisé en flacons de 30 gr. stérilisés, que l'on conserve dans l'étuve à zéro jusqu'au moment de s'en servir. Nous avons toujours employé du sérum fraîchement préparé.

Il ne reste plus qu'à l'injecter au malade. Comme on a affaire ici à une maladie chronique, que rien n'oblige à commencer le traitement un jour plutôt qu'un autre, nous croyons qu'il est indispensable d'examiner soigneusement l'état général des malades, et de les soumettre à un régime hygiénique avant de commencer le traitement. Les régions qui vont recevoir les inoculations sont reconnues et désinfectées le plus soigneusement possible, les voies digestives sont l'objet de soins appropriés. On examinera les urines, on auscultera le coeur et les poumons, et pour les malades qui nous arrivent de loin, on prend soin de les tenir en observation et de les laisser reposer avant que d'entreprendre la première injection.

Cette injection doit être pratiquée dans une région où le tissu cellulaire sous-cutané permette l'absorption facile du sérum. Le dos au niveau de l'angle inférieur de l'omoplate paraît un endroit favorable. Si cette région est envahie par des tumeurs ramollies on pourra choisir les flancs, les fesses, les cuisses. Nous n'insisterons pas sur le manuel opératoire de ces injections qui est aujourd'hui banal. La quantité de sérum ne sera pas inférieure à 5 cc., ni supérieure à 20 cc. Il nous a semblé que en-dessous de ce volume les injections sont inefficaces, au-dessus elles sont inutilement fatiguantes ou dangereuses pour le malade. Enfin, entre ces deux extrêmes il reste assez de champ pour faire face à toutes les éventualités. Nous pratiquons ces injections tous les deux jours, en général, mais il nous est arrivé fréquemment de

mettre un plus grand intervalle entre les opérations selon les réactions observées.

Les réactions immédiates du malade à ces sortes d'injections sont assez remarquables. Toujours il se produit quatre ou six heures après l'injection une réaction fébrile, la température monte en quelques instants à 38 °, 39 ° et même 40 ° centigrades, il se produit parfois un frisson de courte durée, l'état général se complique de céphalalgie, de malaise, de douleurs erratiques localisées dans les lombes ou le ventre, de l'anxiété; la respiration s'accélère en même temps que le pouls pendant une dizaine d'heures; puis il se produit une transpiration abondante qui marque la fin de tous ces symptômes, le malade éprouve alors un sentiment de soulagement et de bien-être, l'appétit se fait sentir. Cette esquisse doit être poussée un peu plus loin, si l'on emploie le sérum anticancéreux à une dose un peu élevée; nous avons observé des réactions beaucoup plus longues durant trois et six jours avec diarrhée abondante et accès convulsifs sans perte de connaissance.

Dans les deux cas, la peau réagit immédiatement sous forme de sueurs profuses, de congestion évidente et d'éruptions urticariennes. Selon l'importance de ces accidents de réaction, on fera une deuxième injection, deux, quatre ou huit jours après la première; mais, chose remarquable, on n'observera dans la suite que très exceptionnellement des accidents de même nature. Sur les 60 malades environ que nous avons traités, cette réaction n'a pas manqué une seule fois, et nous avons vu plusieurs malades qui ont subi jusqu'à 35 et 40 injections ne plus présenter une seule manifestation du même genre aux injections suivantes; à peine, de loin en loin, peut-on observer un léger malaise peu défini et sans importance. Quoi qu'il en soit, ces sortes d'accidents ne nous ont jamais causé la moindre alerte et ont toujours disparu complètement en peu de temps.

Les résultats thérapeutiques que l'on observe au cours même du traitement et dès les premières injections sont à la verité des plus remarquables et dépassent toute prévision. En effet, dans tous les cas sans exception, nous avons observé une amélioration évidente de l'état des malades et portant en même temps sur presque tous les symptômes à la fois.

Du coté de la peau, on voit les infiltrations se résorber, les épaississements s'assouplir, les taches et les pigmentations s'atténuer peu à peu; les tubercules se résorbent ou fondent rapidement en une suppuration facilement tarie et la cicatrisation marche avec rapidité. Les ulcères étendus se détergent, suintent abondamment et leurs bords avancent pour ainsi dire à vue d'oeil vers le centre.

Du côté du système nerveux, les améliorations ne sont pas moins étonnamment rapides: l'anesthésie cutanée disparaît en quelques semaines à mesure que la peau reprend son aspect, sa souplesse et ses fonctions ordinaires (secrétion sudorale). Les douleurs terribles, dont le siège se trouve dans les nerfs périphériques, et qui ne laissent aucun repos à ces malheureux, disparaissent au point qu'ils peuvent goûter un sommeil paisible dont ils avaient perdu jusqu'au souvenir. Les parésies musculaires qui sont si fréquentes aux membres supé-

rieurs et inférieurs s'amendent rapidement, et les malades peuvent retrouver l'usage des mains et des jambes.

Les articulations enraidies et semi-ankylosées retrouvent leur jeu normal.

Les muqueuses ne réagissent pas moins heureusement, les blépharites guérissent rapidement, en même temps que les paupières peuvent assurer l'occlusion du globe oculaire. La muqueuse nasale se déterge, diminue de volume, et l'anosurie disparaît en même temps que la respiration nasale se rétablit, la phonation s'améliore et reprend son timbre normal.

Un pareil changement dans les détails contribue à transfigurer complètement le malade au point de vue général, à tel point que le masque de la maladie, l'air de famille de la lèpre disparaît et que l'on peut croire dans les cas favorables à une guérison complète.

L'examen microscopique de la peau au niveau des lépromes affaissés, permet de constater que le bacille de Hansen n'y figure que rarement: au lieu d'être environné de nombreuses bactéries, on ne trouve que le bacille seul au milieu de nombreux débris du bacille lui-même. Dans la plupart des cas, il nous a été impossible de le rencontrer au niveau des régions envahies par les lépromes, régions où sa constatation était facile avant le traitement. La recherche du bacille nous a donné des résultats négatifs dans le sang et dans le pus d'une manière générale. Les endroits où on constate sa présence d'une manière constante sont les tumeurs lépreuses non ulcérées. Lorsque ces tubercules se sont affaissés sous l'influence du sérum le bacille manque très souvent dans les préparations, quand on le rencontre les spores ont disparu et on aperçoit des bacilles désagrégés en grande quantité.

Tous ces faits qui se rapportent surtout aux malades à la deuxième période de la lèpre, méritent d'être analysés avec quelques détails dans les observations qui vont suivre.

Observation I.

N..., 28 ans, originaire de Pamplona, cordonnier, sans antécédents héréditaires, ne peut donner de présomptions sur la question de contagiosité. Il y a sept ans, la maladie débute par des accès de fièvre suivis d'urticaire. Peu à peu apparaissent des taches de diverses grandeurs sur la face, les oreilles, les membres, le dos et la région fessière; celles-ci devinrent proéminentes d'abord au niveau des pommettes et des régions ciliaires, puis aux membres apparurent de véritables lépromes de la grosseur d'une amande en même temps que la sensibilité de la peau disparaissait. Vers la même époque il a souffert d'attaques qu'il qualifie de rhumatismales, à la suite desquelles les phalanges restèrent peu mobiles, presque sans mouvement et sans force, et la sensibilité tactile disparaissait. Son métier lui devint impossible, ses mains engourdies ne pouvant plus manier sou outil, ni même le ramasser si celui-ci tombait à terre. Les membres inférieurs envahis par l'anesthésie ne lui permettaient pas de marcher dans l'obscurité, lorsque cela lui arrivait par hasard, il tombait fréquemment du côté droit où la sensibilité était plus obtuse. Il se plaint de douleurs continuelles erratiques à caractère fulgurant, de sensations de brûlure dans les lombes et dans l'épaule, souvent dans la face et

dans les mains. Actuellement, celles-ci sont extrêmement faibles, le malade peut à peine remuer les doigts, fermer la main et il ne peut réaliser l'extension complète des doigts. Le petit doigt gauche est complètement paralysé en demi-flexion, les oreilles augmentées de volume et déformées, les joues glabres, la couleur ocre et la saille des pommettes lui donnaient l'aspect sui generis de cette affection, en même temps que la voix éteinte et sourde. C'est en cet état que se trouvait le malade, lorsque le 14. avril nous lui fîmes l'ablation de trois lépromes destinés à inoculer un âne. Il subit cette opération sans ressentir la moindre douleur, et la première injection de 20 cc ne fût pas davantage perçue. Dès la troisième injection, c'est-à-dire au bout de 12 jours environ, les effets merveilleux du traitement se font sentir: le malade nous fait constater que ses mains redeviennent souples, fortes, et que le sens du toucher est déjà nettement revenu, pour nous en convaincre, il jette à une certaine distance un de ses outils (aiguille de cordonnier), et en regardant autre part il peut reconnaître l'objet et le prendre librement à la main. Déjà ayant été obligé de se lever la nuit sans lumière et sans aide, il fut tout étonné de pouvoir sortir de la maison accomplir une nécessité urgente (ce malade avait 8 jours environ une diarrhée assez abondante à la suite de la première injection), presque aussi librement qu'avant d'être malade de la lèpre.

Les injections suivantes améliorèrent encore l'état de ce malade au point de frapper d'étonnement les confrères qui assistent à nos expériences et qui ont examiné le malade avant le début du traitement. Le malade se considère comme guéri, il lui reste encore quelques petits lépromes très effacés, et quelques taches suspectes qui s'atténuent lentement.

Observation II.

N..., environ 40 ans, originaire de Piedecuesta, sans antécédents héréditaires, ni preuves de contagion, a commencé à ressentir les premières atteintes du mal il y a quinze ans. Ce furent d'abord des douleurs rhumatoïdes articulaires suivies bientôt d'engourdissement des extrémités et perte de la sensibilité tactile, etc. Les traits du visage infiltrés de tubercules nombreux présentaient l'aspect des plus repoussants et des plus étranges, l'oeil paraissait humain, le reste du visage étant frappé d'immobilité. Actuellement, les douleurs et la perte du sommeil ont influencé son état général et l'aspect est cachectique. Dès les premières semaines du traitement, ce malade a vu diminuer considérablement les lépromes qui lui couvraient la face à tel point que sa physigonomie a repris un aspect presque normal; les doigts ont recouvré leur souplesse primitive, le sens du toucher est réapparu, les douleurs erratiques ont disparu. Les plaies opératoires résultant de l'exstirpation des lépromes se sont cicatrisées très rapidement sous un simple pansement à l'eau bouillie; enfin l'appétit est bon, et chaque jour ses forces augmentent de même que son embonpoint. Ce malade subit en tout 29 injections et le précédent 33.

Observation III.

A. V...., 32 ans, originaire de la vallée de Labateca, malade depuis 1891. Début par des douleurs, des taches foncées, puis épaississement de la peau et anesthésie. Dès 1892, engourdissement des mains, difficulté pour fermer les doigts, puis apparition de tumeurs aux régions olécraniennes qui ne tardèrent pas à s'ulcérer. En même temps impotence fonctionelle des membres inférieurs. Au commencement de juillet 1896, il se présente à nous comme un malade atteint de lèpre

confirmée, à cheval sur la première et la seconde période de la maladie; les oreilles sont épaissies et garnies de petits tubercules, les pommettes et les régions ciliaires et superciliaires (celles-ci complètement glabres) présentent une peau luisante et bronzée; la langue est sale, la voûte palatine est infiltrée d'un „léprome en nappe"; les amygdales, la luette, le voile du palais sont hypertrophiés et congestionnés; la muqueuse nasale, hyperplasique entravait la liberté de la respiration et avait perdu sa sensibilité spéciale. Les bras et les avant-bras sont couverts de taches violacées, la peau rugueuse et épaissie, infiltrée de petits lépromes que l'on perçoit à la pression; la peau des mains est rugueuse et épaisse, les articulations augmentées de volume ne permettent que des mouvements limités; les pieds sont enflés jusqu'au-dessus des malléoles présentant au niveau du talon des infractuosités profondes, ulcérés, laissant suinter un pus jaunâtre surtout au niveau du pied droit. La sensibilité à la piqûre et à la chaleur est très obtuse ainsi qu'à toutes les régions altérées. La respiration, le pouls, la température, le fonctionnement des organes internes, tout est normal. Le malade souffre seulement de douleurs articulaires et de fourmillements très incommodes au niveau des pieds.

Le malade fut d'abord purgé et soumis aux prescriptions hygiéniques qui sont de règle à l'Institut pendant quatre jours. Le 6. juillet 1896 il reçut la première injection de 20 c. c. de sérum antilépreux, six heures après il présentait les symptômes de réaction ordinaires sans offrir rien de particulier à ce sujet; puis tous les cinq à six jours, reçut 10 cc. de sérum régulièrement. A la quatrième injection, les résultats du traitement se manifestant: les ulcères des talons et des coudes se modifient à vue d'oeil et sont déjà cicatrisés au tiers; les oreilles ont repris leur forme et leur volume ordinaire: les taches qui couvrent le corps pâlissent, et quelques-unes disparaissent: les régions des sourcils et des pommettes s'affaissent et perdent leur couleur bronzée. Au but de trois mois, notre malade se considère comme guéri et réclame sa liberté. Il a reçu en tout 19 injections. Depuis un an, sa guérison se maintient et nous le revoyons à intervalle régulier.

Dans l'espoir d'assurer la guérison définitive de ce cas remarquable nous fîmes à deux reprises différentes le lavage du sang chez ce malade, c'est-à-dire l'injection hypodermique d'une grosse quantité de sérum normal (200 ccm) quoiqu' il en soit, ce malade a repris ses occupations habituelles et est en parfaite santé depuis un an.

Cette observation peut être considérée comme le protocole d'un certain nombre de malades. A la vérité on n'obtient que rarement la disparition complète des manifestations lépreuses en un temps aussi restreint, les derniers stigmates, surtout les taches suspectes persistent généralement fort longtemps après que les manifestations grossières se sont évanouies comme par enchantement, l'avenir seul, nous dira si ces guérisons apparentes sont durables et dans quelle proportion.

Chez d'autres malades dont le tégument externe n'était qu'un vaste léprôme, nous eûmes l'idée d'associer la cautérisation ignée aux effets du sérum, et nous tenons à noter ici les excellents résultats que nous avons obtenus par l'association de ces deux procédés thérapeutiques. Grâce au sérum la peau reprenant une activité nouvelle peut faire les frais de cicatrisations multiples, et de fait, il est surprenant de voir les brèches faites à la peau par le couteau incandescent, se réparer rapidement, et les léprômes rebelles disparaître sans récidives. Nous avons très souvent recours à ce procédé énergique, facile à

manier et toujours les résultats ont été satisfaisants au cours du traitement sérothérapique.

Mais il est temps de se limiter et de consigner ici les principaux profits de notre expérience à propos du traitement de cette terrible maladie.

Nous somme convaincu que le traitement de la lèpre par le sérum antilépreux peut donner des résultats très considérables en eux-mêmes et même amener la guérison définitive de cette maladie. En tous cas ce traitement nous paraît de beaucoup supérieur à toutes les tentatives thérapeutiques faites jusqu'à ce jour.

La préparation des sérums ne doit pas être simple, on doit avoir à sa disposition une série de ces produits d'activité croissante afin d'obtenir de l'organisme toutes les réactions nécessaires pour l'aider dans sa lutte contre la maladie.

L'administration du sérum ne peut être simple non plus, les effets doivent être surveillés et la cure doit être conduite méthodiquement.

Enfin, la sérothérapie étant la base fondamentale du traitement de la lèpre, les moyens thérapeutiques ordinaires reprennent leurs droits et peuvent être employés concurremment. Telles sont: les cautérisations ignées, l'hygiène alimentaire et générale, les médications toniques.

L'hygiène du lépreux, en particulier, reste tout entière à déterminer; maintenant que les malades commencent à se confier entièrement à nous et acceptent l'isolement dans des établissements particuliers, celle-ci pourra être l'objet de recherches méthodiques, et nous pensions que les agents physiques tels que l'air, l'eau, l'électricité, peuvent devenir d'un précieux secours si l'on sait les employer à propos. L'électricité, en particulier, qui n'est d'aucune utilité dans les atrophies de cause organique, telles que des lésions acquises de la moelle ou des nerfs, peut, au contraire, être d'un précieux secours pour stimuler la nutrition générale sous forme d'électricité statique.

Un dernier mot touchant la prophylaxie de la lèpre. Il n'est pas douteux, ainsi que nous le faisions pressentir au début de cette communication, que la lèpre ait une tendance inquiétante à faire des progrès dans nos pays qui paient déjà un si large tribut à ce terrible fléau. Notre devoir est d'attirer l'attention des pouvoirs publics sur cet état de choses, et aussi d'indiquer les principales solutions du problème. Il nous semble dès maintenant impraticable de revenir aux anciennes léproseries du moyen âge. La science, en aidant aux progrès de la civilisation, se fait elle-même plus humaine, et nous croyons que le meilleur moyen d'enrayer la contagion est d'offrir aux malades les bénéfices d'un traitement utile. Ceux-ci, au lieu de se laisser aller au découragement, se soumettent volontiers à un traitement efficace et aux règles de l'hygiène dont nous parlions tout à l'heure; enfin, éclairés sur le danger qu'ils portent en eux-mêmes pour leurs semblables, ils seront nos auxiliaires intéressés dans la lutte contre le fléau.

Les résultats que nous avons obtenus dans le modeste institut que nous dirigeons, nous permettent de formuler ces desiderata.

Nous demandons la permission de témoigner publiquement la gratitude dont nous sommes pénétré envers nos collaborateurs dévoués, et envers les pouvoirs publics de notre province de Santander. L'aide que nous avons reçue de tous côtés nous a permis de trouver les matériaux de ce modeste travail et si notre oeuvre doit avoir quelque utilité, tout le mérite en revient aux membres de la Société de Médecine de Bucaramanga et aux représentants actuels des pouvoirs publics de cette province.

Avant de terminer cette communication, nous voudrions rappeler ici les travaux bactériologiques, interrompus, hélas! par une mort prématurée, de notre confrère Héliodore Ospina L.-G. A l'un de nos derniers voyages à Bogota, ce dernier nous affirma avoir réussi à isoler à l'état de cultures pures, le bacille de Hansen, par un procédé du reste très analogue à ceux employés en pareil cas. Si cette découverte passe dans le domaine pratique, il est incontestable que nos procédés sérothérapiques pourront entrer dans une phase nouvelle que nous appelons de tous nos voeux, et à la réalisation de laquelle nous n'hésiterons pas à appliquer tous nos efforts.

The Treatment of Leprosy by Intramuscular Injections of Perchloride of Mercury.

By

H. Radcliffe Crocker (London).

In the Lancet of August 8th 1896 I published under the title of „a promising treatment for leprosy“ an account of two cases of tuberculated leprosy treated by intramuscular injections of perchloride of mercury, with striking improvement in both. One of them was a mild case, the other a severe one and I showed them at the International Congress of Dermatology in London of 1896. The severe case was shown after 7 months treatment and a comparison of the photograph before treatment with the actual condition of the patient, showed an improvement in his appearance which was patent to all. The treatment has been continued in these two patients and the improvement has advanced in them as the photograph of the man taken in May 1897 shows when compared with that of June 1896. The woman would never allow herself to be photographed. Since the publication of my paper I have treated 3 other cases by this method and the result in all three, shows that the improvement is no matter of chance but the direct effect of the treatment.

I will briefly mention the main facts about them.

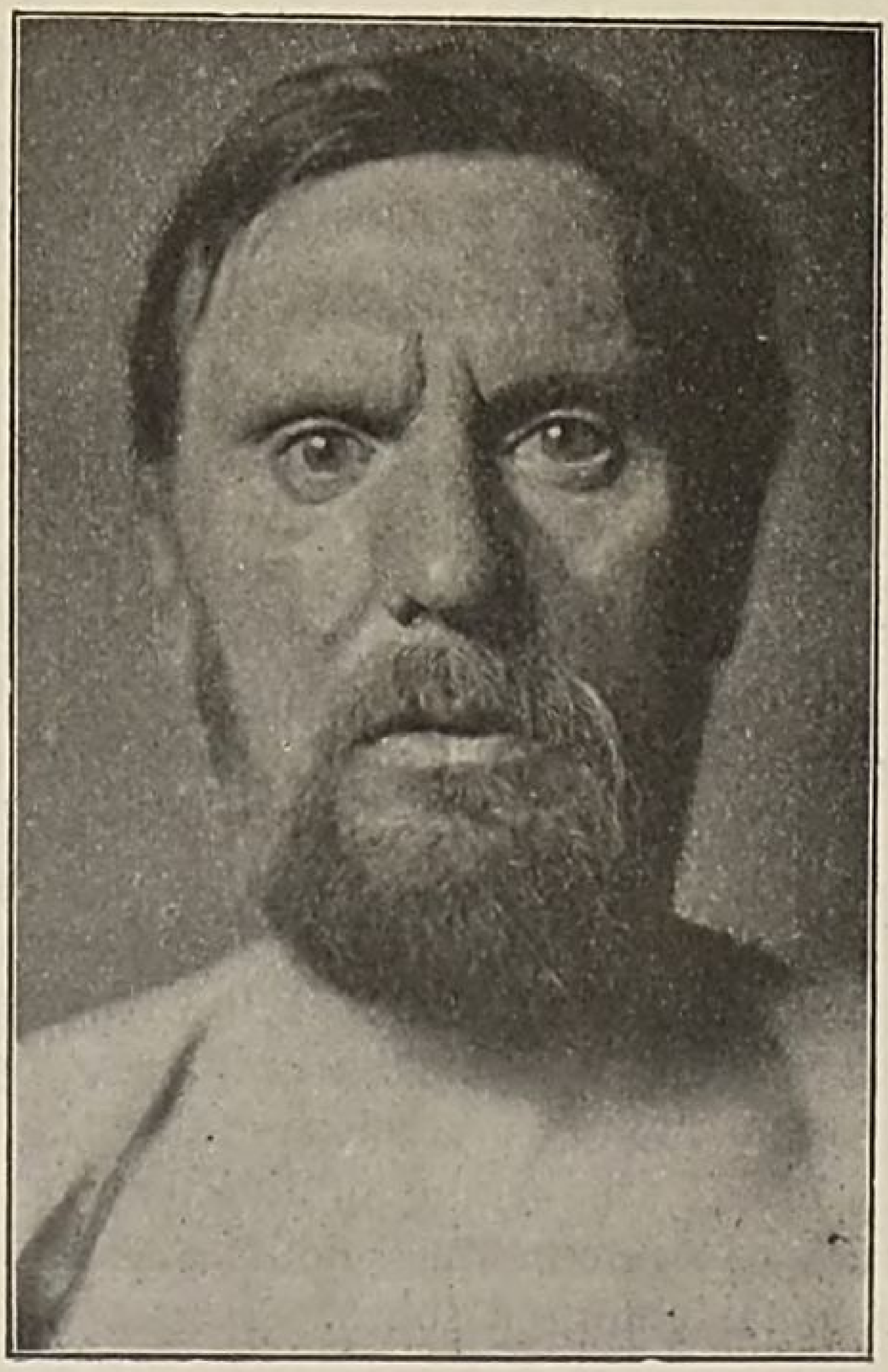
Case I. Mr. J. C., age 52, came to see me in September 23. 1896. He had lived in Brazil for 21 years up to April 1881 when he returned to England. With the exception of Asthma he had been in good health while in Brazil not even having suffered from Malaria. It was not until 1889, 8 years after leaving Brazil, that without any antecedent symptoms he noticed discoloration of the thighs, trunk and face. I need not detail the symptoms but will only state that he first had neuralgic pains in the feet in February 1891; numbness of the hands in 1894, and a perforating ulcer of the foot; thickening of the skin of the hands came on about the same time, but only in January 1896 his face began to thicken and grow nodular.

When he first came under my observation the disease was very marked with characteristic thickening of the features and between the brows and the presence of numerous nodules. The ears also were thickened with the usual enlarged lobes.

Fig. 1.



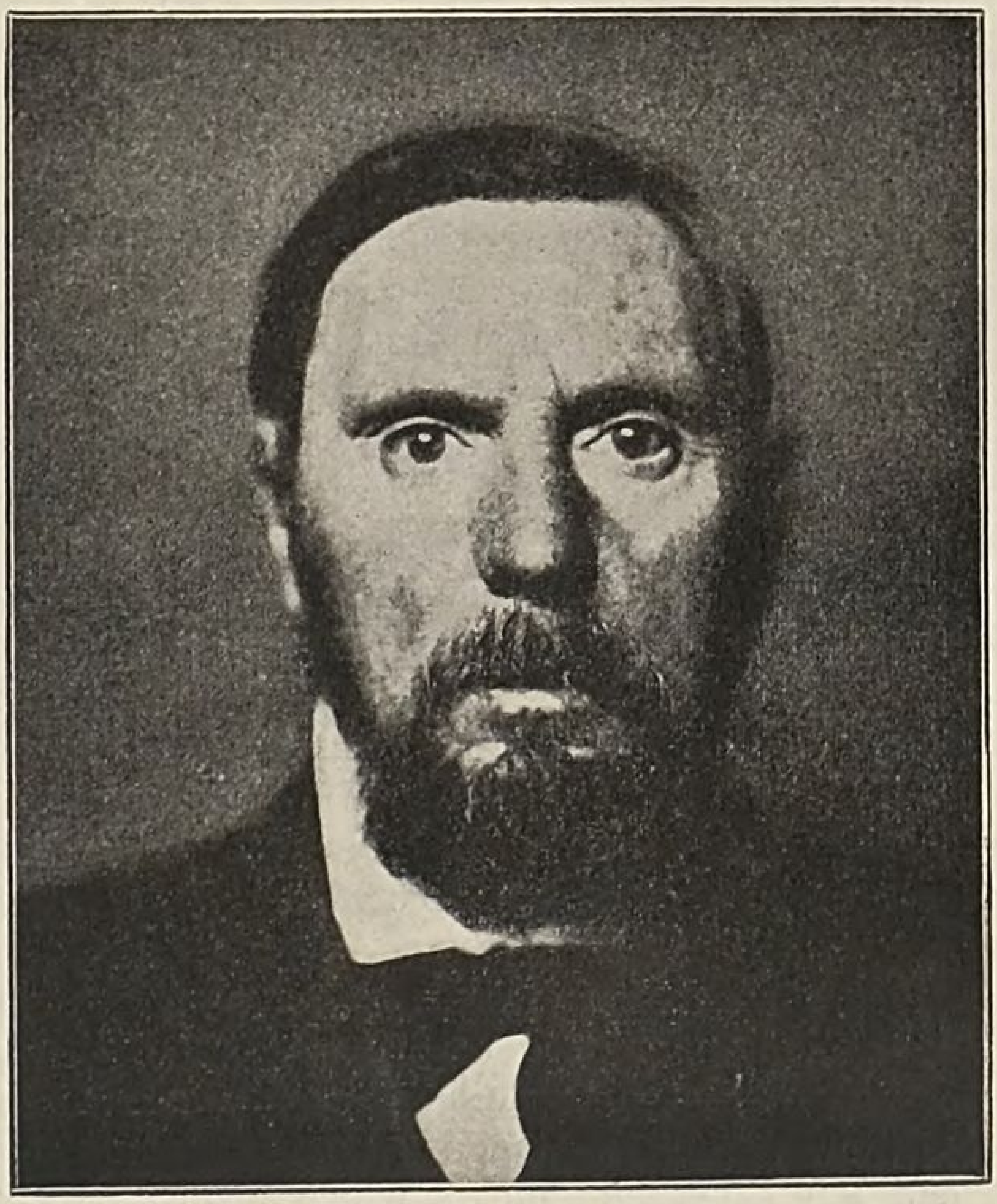
Fig. 2.



The palate was infiltrated. Their was iritis and conjunctivitis.

The trunk was covered with yellowish discolorations with circular clear areas interspersed, the ulnar and peroneal nerves were involved with corresponding anaesthesia and deformity of the fingers but only the left hand showed the usual deformity. With all this he felt perfectly well. A solution of perchloride of mercury $^1/_4$ of a grain dissolved in 20 minuus of distilled water was by my directions injected into the muscles of the buttock twice a week and this has been continued up to the present time (October 1897) without any sign of mercurialisation and with signal benefit to the disease in every respect, except the condition of the eyes.

Fig. 3.



Within 6 months the comparison of photographs showed enormous improvement as great as that, of the missionary already published but as he is a private patient and I have not obtained his permission I cannot publish them.

The improvement has continued up to the present time more than the most recent photographs show, as much of it consists of diminution of the infiltration of the tissues which can be felt better than it can be illustrated photographically. Still the July photograph shows a considerable advance on that of March.

Case 2. Was a broken down Sailor at 62. The disease when he first came under notice in March 1897, was of uncertain duration, but he was sure that he was quite well 3 years previously. Soon after that he suffered from scurvy. The disease was probably contracted in the East Indies where he was working five years before I saw him. He thought the alteration in his face had only been noticed by his friends for about a year. The aspect of the patient was very characteristic, the face was uniformly of a yellowish brown tint, the vertical and horizontal lines of the forehead were much deepened especially between the brows the greater part of the eyebrows had fallen out especially on the right side. The cheeks were very baggy hanging in a deep fold below the orbit.

The nasolabial folds were also very marked, part of this deepening of the folds was due to mere relaxation of the tissues in an old and broken down weather beaten sailor. The body was covered with yellow stains with more or less infiltration. The hands were much infiltrated and the skin was extremely wrinkled and inelastic but to the touch smooth and satiny.

The ulnar, median and peroneal nerves were involved. The case was published in more detail in the Clinical Journal for May 30. 1897, and although considering his age and broken down constitution, he was not a favourable case to demonstrate the efficacy of any treatment, it was resolved to try the perchloride treatment. It could not be commenced until the beginning of May and from that time until the beginning of October he has had bi-weekly injections of perchloride of mercury of $^1/_4$ of a grain in each.

His general health has improved remarkably, whereas he could scarcely walk when he came in, he can now walk 3 miles comfortably. The ulcers on his legs which had been present for a long period have slowly healed all but a very small part and he is much more cheerful.

The infiltration has greatly diminished when the tissues of the face are pinched up, the eyebrows have commenced to grow, especially on the right side, which had been almost bare. All the lines of the face are less deep than they were but owing to the tissues being so relaxed and inelastic, the improvement is not so striking as as in the previous cases, to the eye. Bullae have appeared on his hands from time to time during the last six months, some of them were haemorhagic and left superficial ulcers which healed slowly.

It is a curious circumstance that none of the patients have suffered from salivation during the treatment even when $^1/_4$ of a grain has been injected twice a week for many months nor does it appear to have any depressing effect. On the contrary the patients lose the apathy so common in this disease and become comparatively bright and cheerful.

There is one phenomenon which I have observed in all those undergoing the injections. After they have been employed for some time, hard nodules from a small to a large pea in size appear in different parts of the limbs they are unlike the ordinary leprosy nodules, being very hard to the touch sometimes cutaneous, sometimes sub-

cutaneous, some persist for many mouths, others last only a few days or weeks. They are sparse never more than $^1/_2$ a dozen and often only 2 or 3. Sometimes they are tender when they first appear, but later are quite painless. I hope soon to have an opportunity of examining one microscopically.

How far the results are permanent I am unable to say at present. It may be that as in many cases of syphilis, treatment may have to be resumed after intervals of rest but even if this be so, the gain would be considerable, as under no other treatment hitherto employed could the same amount of improvement be obtained in so short a time, and in some cases at all events, a permanent cure might be obtained.

At least I trust that I have made out a prima facie case for a thorough trial of the injection method of administering perchloride of mercury by all those who have cases of leprosy under their care.

A premiliminary report on the use of antivenene in the treatment of leprosy.

By

Isadore Dyer (New Orleans).

Notwithstanding the array of remedial therapy suggested in the treatmént of leprosy, this disease still resists the continued efforts directed at its cure.

Rational deductive logic has suggested serum-therapy for use in this affection, and already three different lines of serum medication have been applied—by Kitasato, Bouffé and Carrasquilla—none as yet of exact usefulness.

In 1892 Carreau[1]) reported the instance of a leper bitten by a venomous serpent, in whom there was marked disappearance of the tubercular lesions of the disease during recovery from the effects of the bite.

Shortly after this Calmette[2]) and Fraser[3]) announced their experiments with snake venom in rendering animals immune against the effects of this kind of animal poison. Their experiments, conducted separately, demonstrated absolutely the fact that inoculation with attenuated or modified venom does render animals so immune as to prevent death from an inoculation of a dose of venom ordinarily lethal. Since 1892, both Calmette and Fraser have continued their experimentation, and to-day a laboratory at Lille, in France, under Dr. Calmette's direction, is preparing and distributing the modified venom, or serum called „Antivenene," to all parts of the world infested with venomous snakes. Already its usefulness has been demonstrated in India (case cited by Calmette, loc. cit., supra).

At the time of the publication of Carreau's monograph, I was much impressed with the relation of the case in which constitutional change occurred in the patient who was snake-bitten. It occurred to me that if this had resulted accidentally, how much more could be accomplished if snake venom were employed in leprosy judiciously.

1) Observation au Traitement de la Lèpre, Pte-à-Pitre, Jamaica, 1892.

2) Annales d' l'Institut Pasteur. 1892, 1894, 1895, 1896 and Lancet, August 15, 1896; Brit. Med. Journ., August 15, p. 399, and October 10, p. 1025.

3) Brit. Med. Journal, June 1895.

I engaged in correspondence with the Smithsonian Institution in Washington, with the idea in view that from that source I should derive the best assistance. While planning my own line of experimentation, I saw Fraser's report. I at once wrote him, asking secrecy for the present, and begged of him a sufficient quantity of his laboratory product for my experiments. Professor Fraser promised this, but I presume the quantity at his command did not justify his sending it, as I have not at yet received it.

It was some time before I could obtain Calmette's antivenene, and a longer time before I could begin experimentation. Meantime I have at various points met with the historic reference to the superstitious belief among the natives of South America and the West Indies that the bite of a venomous snake would cure leprosy. Winslow[1]) reports with careful and interesting detail a fatal result in a case, in Rio Janeiro, where the patient subjected himself to the bite of a mature rattlesnake, anticipating a favorable termination.

All this I briefly suggested in an article (writtten in 1894), which appeared recently in Loomis' American System of Practical Medicine.

Through the agents (Messrs. Meyer & Chalin) in New Orleans, I secured enough antivenene to begin experiments in May, 1897.

Just here I desire to say that I realize fully that, whatever report may follow, may be considered premature. I should have preferred that the results obtained should have been more definite. This Conference, however, affords the best and most critical audience I could find for the work I have done. I have come with a preliminary report, important or not, as you will judge, as a contribution to the possibilities of therapy directed against a disease, for which we have as yet no cure.

On May 29, 1897, I began treatment upon a typical case of mixed leprosy, already marked with leontiasis faciei and with ectropic lips and eyelids; on this same day I also began with a second one, a typical case of macular anesthetic leprosy; besides these two, I have treated three other cases — five in all.

The treatment employed was administered as follows:

I. Calmette's antivenene (cobra presumably) was used throughout, courteously supplied by the laboratory at Lille, through the New Orleans agents. The serum was an amber-colored liquid of the consistency of very thin syrup, somewhat sticky. It was dispensed in vials tightly sealed, each containing 10 c. c.

II. The serum was given subcutaneously and dermatically by means of hypodermic syringes, the Pravitz antitoxin pattern being for the most part employed.

III. The dose varied from 1 c. c. to 11 c. c.

IV. The injections were made every second day at first; subsequently every day.

V. For the most part the injections were made in the gluteal muscles and into the skin in this region. Injections were also made

1) Lancet Clinic, Cincinnati, 1874. Vol. VI. p. 130.

into the interscapular space. Exceptionally (see cases below) the injections were made into selected leprous lesions themselves.

VI. During the period in which this treatment was employed, no local treatment whatsoever was allowed, no restrictions upon diet were made.

VII. No other medication was employed except during an interval of five days (twelwe days in one case), while waiting for more serum. Then, $^{1}/_{60}$ of a grain of strychnin was given three times a day to each patient in order to keep them under observation. Four of the five patients, however, had taken strychnin over long periods previous to the serum injections.

VIII. All observations were made under my personal supervision or direction, at the Eye, Ear, Nose and Throat Hospital at first, later at the Polyclinic, in New Orleans. Dr. Floyd Stewart, one of my clinical assistants, aud Dr. H. J. Dupuy, of the Eye, Ear, Nose and Throat Hospital staff, have aided me in the observation and detail ot this work.

IX. Sterilization of needles and syringes, with antisepsis of hands, was made a routine practice.

Results. — Below are reported in minute detail the observations upon each case at the time each injection was made. In my opinion, the results thus far justify the report before you, although the experiments have been crude, and are as yet but begun. Summarized the results are as follows:

Case I. — Injections from May 29 to August 3, and from August 23 to August 29. The total number of injections, 42; the total amount of serum injected, $127^{1}/_{4}$ c. c.; maximum injection, $7^{1}/_{2}$ c. c.; minimum injection, 1 c. c.

Constitutional Effects: Cold sweats twice a day; subseqnently once a day, the only reaction. Improvement began after the fourth injection. The changes particularly noticed were in the disappearance of infiltration from the face, the resorption of tubercles on the face and of the ears, the restoration of the eyelids from the ectropion, and the return of a normal and natural expression.

Wherever local injections were made into individual lesions, the lesions disappeared. (Detail infra.)

Case II. — Injections proved of no benefit. The patient suffered pain at each injection, seemed to grow anemic, lost weight so long as injections were continued. The treatment was for these reasons not systematically given. Injections were made from May 29 to August 3, and from August 23 to August 30. Total number of injections, 28; total amount injected 48 c. c.; maximum injection, 5 c. c.; minimum injection, $1^{1}/_{2}$ c. c.

Case III. — Total number of injections, 17; total amount injected, $38^{1}/_{2}$ c. c.; maximum injection, 3 c. c.; minimum injection, $1^{1}/_{2}$ c. c.

Injections made frome June 28 to August 3, and from August 23 to August 29.

Improved steadily from fifth injection. No reaction from the treatment. Lesions have practically disappeared. Patient has regained

the full use of forearm and hand, which were affected. Except for a faint rosiness where the lesions were, and occasional stiffness of two fingers, there is no evidence of the original disease.

Case IV. — Patient had been under treatment previously for nine months without improvement.

Injections were made from July 7 to August 3, and from August 23 to August 30.

Total number of injections, 18; total amount injected, 48½ c. c.; maximum injections, 5 c. c.; minimum injection, 1 c. c.

The eruption occurring in characteristic macular patches afforded excellent opportunity for observation. The lesions have lost all of the original livid coloring; they have broken in contour; the borders being now quite irregular and fading rapidly from the edges. The macules are made up of grayish, irregular spots distributed over an area of skin healthy in color; the infiltration in these patches has gone; sensation, at first absent, has returned, so that the injections are painful. Patient has now sufficient use of hand to allow active work, formerly impracticable.

Case V. — Improved after the first injection. The eruption on the face particularly notable in inprovement. Injections made from July 21 to August 3, and from August 23 to August 30. Total number of injections, 10; total amount injected, 52 c. c.; maximum injection, 11 c. c.; mininum injection, 1 c. c.

This case had never had treatment of any sort before injections were begun.

Comment. — In four out of five of these cases treated, there has been marked improvement. In one, a practical disappearance of the lesions present and of other evidences. In only one case was there negative evidence; in this one, the age and frailty of the patient must be considered.

It is my purpose to continue this experimentation thus satisfactorily begun. I propose using stronger and stronger serum until it shall be practicable to employ the venom itself, more or less attenuated. In conducting the experiments herein reported, difficulties existed which should be noted. In the first place, there was the difficulty of getting patients to report regularly. Owing to the State law compelling the isolations of lepers, although it is not enforced, such persons as are afflicted with this disease tend rather to avoid observation than to seek it. The leper home, the State institution for the detention of lepers, is at present more of an asylum than a hospital, and the opportunity of experimenting there was not at my command. More than this, the limited supply of serum compelled discrimination in the selection of cases and in the administration of the remedy.

Below are reported in minute detail the observation in each case:

Detailed Observations on Each Case.

Case I. Et. P—o, 19 years of age, mixed leprosy. Until one year ago worked in a dry goods store. Was born in New Orleans, Third District, San Antonio street. No family history; no history of contagion. First came under treat-

ment May 18, 1897, when he was given 1-60 gr. strychnin three times a day. On the 25th of May this was discontinued, it being determined to give antivenene.

At the time the injections were begun, the patient presented the following conditions: A well nourished youth of five feet and eight inches (about), weighing 117 pounds. The eruption was general and symmetrically distributed over the entire body; most marked on the face, neck, buttocks and legs. The hands were discolored. In the regions noted particularly above, the eruption was quite diffuse, on the face much infiltrated. On the trunk, chest and belly, back and shoulders, the eruption consisted of distinct macules varying in size from a little finger nail to a silver dollar (from $^1/_4$ inch to $1^1/_2$ inches in diameter).

On the thigh and arms the lesions were less numerous, but were larger and less rounded, but longer.

The ears were thickened and tuberculated, as were the lips and nose. On the forehead there was some tuberculation, more marked on the cheeks.

The natural hue of the patient's skin is dull or sallow. The lesions vary in color from a buff to a dusky reddish brown, the color on face and buttocks being more livid or purplish than elsewhere.

On the thighs and legs many of the lesions have lost the pigment in the center, showing the dead white surrounded by a band of color. All lesions tested in all regions affected were anesthetic.

The eyelids were much swollen and infiltrated and showed a distinct ectropion.

The eruption has been present for three years. Began on left arm, the face being the last region involved, leontiasis faciei is marked. Even upon close questioning no antecedent history could be obtained, no evidence of premonitory symptoms, no eruption of bullae on hands, etc. On Saturday, May 29, injections were begun.

May 29 — Injected 1 cubic centimetre. — Left interscapular region.

May 30 — 2 c.c. Right interscapular region; temperature normal; patient perspired profusely on night following first injection; general condition of patient good.

May 31 — 2 c.c. Left scapular region.

June 1 — 2 c.c. Right scapular region; temperature normal, profuse sweating; no visible change in eruption.

June 2 — 2 c.c. Right scapular region; profuse sweating; spots on face changed in color, seem to be of lighter hue.

June 3 — 2 c.c. Right buttock; spots in regions of buttocks have lost some color; in the interscapular space many spots have lost color so as to have become indistinct; face is losing the puffy appearance; the lips are no longer livid, the lower lip particularly is almost normal in color.

June 4 — 2 c.c. Right buttock; weight 117 pounds; forehead clearing.

June 5 — 2 c.c. Right buttock; a few spots on chest have disappeared, about fourteen spots remain; spots over the belly have not changed; one large lesion on left wrist, one on lower portion of left thigh, and one on posterior aspect of left leg are fading to a dirty white; forehead and face are less infiltrated.

June 6 — 1 c.c. Left buttock.

June 7 — No injection; tendency to tuberculation on forehead is gone; in fact, all over the face there is marked loss of infiltration; cheeks about normal in consistency, loss of tension creating the appearance of loss of color; shining duskiness has changed to a dull red; whole expression is far more natural. On

back, eruption in large part has disappeared: only a few widely discrete macules, about ten, attest the former eruption; these macules are to-day very indistinct, some only visible in a strong light. On chest, some improvement, in that lesions have lost color, none have disappeared completely. On abdominal and lumbar regions no change is visible; arms and hands unchanged. On buttocks, where most deeply pigmented spots were, color has faded over part of diseased area; where deepest color was, there have appeared distinct rounded white patches, perhaps twelve in all, each the size of a small finger-nail. While there is the suggestion of loss of pigment in the way of improvement here, appearances rather suggest the usual tendency of lepra macules to atrophy, so far as pigment is concerned, at the point of deepest discoloration. Eruption on legs has not changed, that on thighs has perceptibly faded. Altogether, patients condition has decidedly improved.

June 8 — $2^1/_2$ c.c. Left buttock. Had fever on 7th; profuse sweats; weight 117.

June 9 — 2 c.c. Right scapular region. Spots on chest reduced to ten, for the most part discrete, a few are confluent. Over abdomen there is slight diminution in number of macules, those present are aggregated in the left lumbar region. Since injections were begun, patient has suffered no local or general disturbance beyond the regular sweats.

June 10 — 2 c.c. Left scapular region. Temperature normal; patient still perspires profusely; anesthesia of deep and superficial parts still prevails. Lobes of ears have not yet lost their leathery appearance; the lobe of right ear is longer. General appearance of face is better. Macules on chest are now reduced to about six in number.

June 12 — $2^1/_2$ c.c. Left scapular region. Temperature normal; weight 119 pounds. For the first time, since treatment with antivenene has been instituted, patient felt the thrusting of needle in area to be injected. Spots in lumbar region are gradually disappearing. Like changes are occurring in scapular and thoracic regions. Eyelids are losing their puffy appearance.

June 13 — $2^1/_2$ c.c. Right scapular. Temperature normal.

June 14 — 1 c.c. Left buttock. Area injected was very painful, attended with fever on the 13th. Sensibility restored over general surface, though during the experiment patient manifested some hysteria, rendering the test less trustworthy.

June 15 — 2 c.c. in right buttock; 2 c.c. in left lumbar region. Sensation has returned on thorax, abdomen and along the back. Anesthesia still persists in region of buttocks, upper and lower extremities where macules are yet distinctly present.

June 16 — $2^1/_2$ c.c. in right inguinal region. Fever night previous.

June 17 — $2^1/_2$ c.c. in left inguinal region. Temperature normal. No visible alteration in condition of patient since last observation.

June 18 — 4 c.c. (2 in right scapular, 2 in right inguinal). Temperature normal. Face is gradually losing its leonine expression. Over thorax and abdomen spots are gradually fading to a more natural hue. Whole appearance of patient is decidedly better. His friends and acquaintances speak to him regarding the improvement of his condition, which they find especially in the change in the consistency and color of his face.

June 22 — 4 c.c. Right scapular region. Temperature normal. No appreciable change since last observation.

June 24 — 4 c.c. Right scapular region. Temperature normal. Spots on

abdomen, especially in lumbar and umbilical regions, are assuming a lighter hue. No alterations visible in other parts.

June 28 — 4 c.c. Left scapular region; temperature normal; profuse sweating; no marked changes since last observation.

June 30 — 2 c.c. Right scapular region; temperature normal; no change since last observation.

July 5 — Patient transferred to New Orleans Polyclinic, outdoor service. The eruption on back has disappeared fully onehalf. On chest there is little evidence remaining, the few spots still evident are pale and yellowish. Face, cheeks and forehead have lost much of their infiltration.

July 7 — 3 c.c. Left buttock.

July 9 — 3 c,c. Right buttock; cold sweats every night.

July 11 — $2^1/_4$ c.c. Left buttock; in statu quo; cold sweats nightly.

July 13 — 4 c.c. Left buttock; lesions on arms, chest and back have faded, more brown than red now: face is smooth; the buttocks are less pigmented.

July 15 — c.c. in right buttock; cold sweats at night.

July 17 — 4 c.c. in left buttock: cold sweats only once since last injection.

July 19 — 3 c.c. Right buttock.

July 21 — 1 c.c. in left buttock; has a general eruption of furuncles.

July 23 — No injection (no serum); face much smoother, particularly on cheeks and forehead; the eyelids are smoother and softer, the original ectropion is gone.

July 26 — 1 c.c. in right shoulder, and 1 c.c. right arm; cold sweats at night; the first of these injections was made into a small lesion the size of a silver quarter, the second into a patch on the arm.

July 30 — Since last injection has had three cold sweats every day; sleeps well; appetite good. Patients states that since injections began, he has felt no inconvenience, in fact has felt decidedly better. His condition to-day, two months since injections were begun, is as follows:

Face; the cheeks, nose and forehead are free of any tubercles or infiltration whatever; the skin here has become smooth and supple; the color has changed, until now, the appearance is that of a face well tanned, but a little more red than this. On the chin the skin is still a little rough to the sight, but is as smooth and supple to the touch as the cheeks and forehead are. The lower eyelids have regained their normal folds, which up to a fortnight ago were not observable, owing to the marked infiltration here; both lips are still swollen, but are normal in color, the lower lip is free from any evidence of the disease, though formerly the vermilion border was a line of tubercles. On the upper lip the vermilion border is still tuberculated, but much reduced in size, this is the sole evidence of tubercular leprosy on the entire body. The ears are slightly swollen, are still dusky red; therefore reduced in size, but changed in color. The eruption over his body has faded in color to a dull, pale brown or cocoa color, except on the buttocks, where the deep bluish, dusky brown still persists, there is no evidence of infiltration in any of these lesions.

The small lesion injected July 26 has disappeared in the area of injection, about one-half its size. $^1/_5$ c.c. injected into other half of same lesion; $^1/_5$ c.c. into lesion just above umbilicus, to the left of middle line, $^1/_5$ c.c. in lesion just below umbilicus to the right; $^1/_5$ c.c. in lesion on right shoulder; $^1/_5$ c.c. in lesion just above right nipple; 1 c.c. in large lesion just above left knee; 1 c.c. deep subcutaneous injection into left buttock.

August 1 — Cold sweats last night, first time since last injection. Face is clearer. The spot on left chest where injection was given, above the left nipple, has faded from a dark brown to a rosy pink. Spot on abdomen where injection was given is unchanged. Spot on left thigh is not so white. Weighs 117 pounds.

Injected: $^3/_5$ c.c. in right arm, in spot beginning at the lower margin of the deltoid muscle, and $^2/_5$ c.c. at the lower margin of the spot; this spot follows the course of the musculo-spiral nerve. $^2/_5$ c.c. spot over left nipple; $^3/_{10}$ c.c. spot over right nipple; $^3/_{10}$ c.c. spot to the teft and about two inches above umbilicus; $^2/_5$ c.c. in spot two inches to the right of umbilicus; $^3/_{10}$ c.c. in spot one inch below and to the left of umbilicus; $^3/_{10}$ c.c. in lesion at the margin of sixth rib to the right of sternum; $^2/_5$ c.c. in spot on left arm lower margin of the deltoid in the center; $^3/_{10}$ c.c. in lesion two inches below the above; $^3/_{10}$ c.c. in lesion on outer surface in direct line from the above; $^1/_2$ c.c. in spot on back of right thigh; $^1/_2$ c.c. in spot on left thigh, above knee.

August 3 — Right leg hurts in spot where injection was made; cold sweats last night; spot on left chest just above nipple has nearly disappeared: the spot to the right is swollen, raised and red in color; spot on right chest has nearly disappeared, one part is rosy red, the other dark red; the edge is brown; spots on abdomen are red, brown color disappearing; left arm near deltoid is light red; spots below are dark red; the skin around the spots is looking better; back is unchanged; face is still tan colored; spot on right arm near deltoid is clearer; the lower part is dark red; the spot on left thigh is red; spot on right thigh is assuming a more natural color, but hurts him, since last night.

Injected: $^1/_2$ c.c. right arm in spot; $^1/_2$ c.c. right abdomen in spot above umbilicus; $^1/_2$ c.c. left abdomen, above umbilicus; $^1/_2$ c.c. right interscapular space; $^1/_2$ c.c. right buttock; $^1/_2$ c.c. left buttock.

August 11 — On the 3d the supply of serum was exhausted; $^1/_{60}$ of a grain of strychnin three times a day was ordered pro tempore. On above date patient reported that he still had nightly cold sweats; the eruption is fading generally, the forehead, cheeks particularly.

August 16 — Strychnin continued; cold sweats still every night.

August 18 — Cold sweats every night; spots individually injected on chest and shoulders have faded; strychnin continued.

August 20 — In statu quo; cold sweats nightly.

August 23 — Cold sweats nightly. Injected $^1/_2$ c.c. spot just left of umbilicus, one inch to the left; $^1/_2$ c.c. spot above and to the right of umbilicus; $^1/_2$ c.c. spot and eleventh rib, to the left of axillary line on right side; $^1/_2$ c.c. left arm, anterior; $^1/_2$ c.c. right and $^1/_2$ c.c. left interscapular spaces; $^1/_2$ c.c. in spot on back, midway between spine and axillary line; 1 c.c. in upper lip, tuberculated vermilion border; 3 c.c. in right buttock.

August 24 — Cold sweat at 5 a. m. to day. The spots on chest and belly last injected have nearly faded. Areas diseased on buth buttocks scaling. $1^1/_2$ c.c. right buttock; $1^1/_2$ c.c. in upper border, $1^1/_2$ c.c. in outer border of patch above left knee, until now unchanged in appearance; $1^1/_2$ c.c. injected into three spots on belly.

August 25 — Cold sweat at 3 a. m. Both buttocks fading. $1^1/_2$ c.c. in right buttock; $1^1/_2$ c.c. in left buttock; $1^1/_2$ c.c. in spot on leg.

August 26 — Cold sweats every day. Spots on abdomen, where injections were given, are getting clearer, and the color is turning to a rosy pink.

Injected 3 c.c. in doses of $^1/_3$ c.c. in spots on chest; 2 c.c. in doses of

$^1/_3$ c.c. in three spots on abdomen, two to the right of the umbilicus, about eighth rib, the other spot about three inches above and to the left of the umbilicus.

August 27 — Cold sweats at 3 a. m. Spots on left buttock fading.

Injected $1^1/_2$ c.c. right buttock; $1^1/_2$ c.c. above left knee. All injections painful.

August 28 — Cold sweats. $^3/_4$ c.c. injecied into spots on belly; $1^1/_2$ c.c. injected, three spots on right chest.

August 30 — 3 c.c. injected, $1^1/_2$ c.c. into left buttock, $1^1/_2$ c.c. into lesion just above left knee.

Status Presens. — Face has improved steadily; to-day the forehead is discolored, a rosy red in the interpalpebral spaces and about one inch and a half toward the scalp. The cheeks and area of nose and alae nasi are likewise so discolored, fading to a pale brown at the outer parts of cheeks and on the neck.

The nose is larger than normal, likewise the lips; the upper lip still having a thin tubercular border, the lower lip being normal in color, but thicker than normal.

The ears are discolored, but thickened only at the lobes, and there only slightly. There are a number of small (size of little finger-nail) lesions on the neck, brown in color.

The chest has only a few (about five) lesions left, each fading at the edges rapidly. On the belly there are about twenty lesions, for the most part discrete, each one of which is fading at the edges, showing a brownish central portion, with a border of normal skin, fully one-half of the original area of the lesion.

The back shows a like condition, the lesion everywhere being framed as it were with a halo of healthy skin.

The right arm has patches of brownish lesions, broken in larger and smaller areas, these being the color of normal skin in places, in other places showing degrees of fading color.

The right hand is simply discolored.

The left arm and hand show similar change, only the disappearance of lesions is more marked.

The buttocks have so changed in appearance that the infiltration has gone; the area of discoloration reduced by fully one third, while there are distinct areas of healthy skin at the points where injections have been made.

The thighs and legs show no evidence of improvement. The patient has gained five pounds in weight under treatment.

He has suffered no inconvenience from treatment. Altogether there has been improvement in the actual retrogression of all lesions on the body; the face, arms, chest and back having steadily improved, losing color and the lesions in numbers actually disappearing, leaving no traces behind.

Total number of injections, 42; total amount injected to date, $127^1/_2$ c.c.; maximum injection, $7^1/_2$ c.c.: minimum injection, 1 c.c.

Case II. — Jean T—t, male, aged 7; macular anesthetic leprosy. Was first seen in 1895. At this time the eruption was scarcely more than erythematous, on the extensor surfaces of arms, thighs and on the buttocks. The eruption was more marked on the right side of the body. Father healthy; was born and lived in St. James parish, near St. Martinsville (a leper community). Sisters and brothers of patient are healthy, six in all.

The patient was born in St. Martinsville, but has lived in New Orleans since one and a half years old. Has always lived in Third District. General health

fair when seen. For the period of time from March 5, 1895, patient was treated with small doses (gr. v to gr. x) of chlorate of potash, and $^1/_{60}$ gr. of strychnin sulphate. There was perceptible improvement for a time, the lesions having disappeared on all parts excepting the buttocks. The patient's general health was affected, however, as he lost weight and became anemic. On that date (June 29, 1895) 10 grs. salicylate of soda in compound tincture of cinchona was substituted. Under this treatment the leprous lesions disappeared in the spring of 1896. In the fall of 1896, however, all the former lesions returned and more appeared. The salicylate was resumed, but up to May, 1897, no change in his condition was noticed, and the treatment had to be stopped from that time, on account of intercurrent illness — pneumonia once, bronchitis another time, and so on. It was decided to give injections of antivenene, although the patient was quite anemic at the time. On May 29 all treatment was discontinued, and the first injection given.

May 29 — 1 c.c. injected into left buttock.

Status presens: The patient anemic. Weight, 48 pounds. The eruptions, on arms, shoulders, interscapular space, on buttocks. On arms, large patches of light reddish brown covered the extensor surfaces almost in solido. On each buttock a deep brown patch entirely covered the surface, extending on each side down on the thigh. There was at no point any infiltration.

May 30 — 2 c.c. in right buttock; temperature normal; slight pain in area injected.

May 31 — 2 c.c. Left buttock; June 1 — 2 c.c. right scapular; June 2 — 2 c.c. left scapular; no appreciable change in the hue of spots, which are chiefly located on both arms and forearms, buttock, and also in scapular regions.

June 3 — 2 c.c. Right scapular region; temperature normal.

June 4 — 2 c.c. Left scapular region; temperature normal.

June 5 — Did not inject; temperature normal; weight, 48 pounds.

June 6 — 2 c.c. Left buttock; spots on lower extremities of forearms seem to be clearing up; no visible change in other regions.

June 7 — 2 c.c. Right buttock; great pain in area injected on the 6th; lower limb was very stiff; patient walked with difficulty.

June 8 — No injection; patient had fever on the 7th; region injected very painful.

June 9 — 1 c. c. Right scapular region; no change in the appearance of spots.

June 10 — 1 c. c. Left scapular; temperature normal; no appreciable change.

June 11 — 1 c. c. Right scapular region; temperature normal; no visible change.

June 12 — 1 c. c. Left scapular region; temperature normal; weight, 48 pounds.

June 15 — 1 c. c. Left scapular region; spots on buttocks are breaking and assuming a lighter hue.

June 17 — 1 c. c. Right scapular region; no appreciable change; patient rather anemic; syr. ferri iododi prescribed (ʒ i t. i. d.).

June 19 — 1 c. c. Left scapular region; temperature normal; no visible change since last observation.

June 22 — 1 c. c. Left scapular region, temperature normal; no visible change.

N. B. — From June 23 to June 27 patient was compelled to remain at home.

During this period had spells of fever ranging from 101 to 102—103 deg. Fahr. Also experienced some intestinal disturbances in the form of a diarrhea which only lasted one day.

June 30 — 2 c.c. Right scapular region; no alteration.

N. B. — Will stop injections for one week, patient having had fever for a few days and apparently weakened. Arseniate of iron was given for a week and was referred to the Polyclinic for further observation.

July 7 — $1^1/_2$ c.c. In left buttock; no change in eruption; iron stopped.

July 9 — $1^1/_2$ c.c. in left scapular region; no fever; is less anemic.

July 11 — $1^1/_2$ c.c. in right scapular region.

July 13 — No injection; no change in any way; injections painful.

July 17 — 1 c.c. in left scapular region; no change.

July 19 — 2 c.c. in right buttock; eruption on arms is paler.

July 21 — No injectien; the patient is again depressed and anemic; there is little fixed improvement, as the lesions fade and show again from time to time; prescribed chlorate of potash, gr. 3; lactate of iron, gr. 3, with syrup and water, three times a day.

August 21 — The patient has improved in general health, has some color, and has a good appetite; stopped internal medicine.

August 23 — 5 c. c. in right buttock.

August 24 — 1 c. c. in right arm; in statu quo.

August 25 — $1^1/_2$ c. c. in right buttock; $1^1/_2$ c. c. in left buttock; no change.

August 26 — $1^1/_2$ c. c. in right buttock; $1^1/_2$ c c. in left buttock; no change.

August 27 — $1^1/_2$ c. c. in left buttock; no change; has stood the last injection well.

August 30 — No injection.

Conclusions: There has been no definite change in the eruption. The injections have been irregular. The patient has had intercurrent illness which may have interfered. Result negative.

Total number of injections 28; total amount injected, 48 c. c.; maximum injection, 5 c. c.; minimum injection, 1 c. c.

Case III. — August R. . . . , male creole, aged 47. Macular anesthetic leprosy, tropho-neurotic type. Family history good. Mother died of apoplexy; father still living; Sixth District. When first seen the patient presented the following symptoms of a peripheral neuritis: Pain along the ulnar side of right arm, extending down to the hand. Has been subject to attacks of rheumatism. The arm was swollen and the ulnar nerve was found to be somewhat thickened, with a nodosity the size of a hazelnut, just below the elbow.

The last three fingers were and could not be straightened, the effort to do so causing pain along the whole forearm. On these three fingers there was an eruption of bullae, in size about that of a silver dime; in number four or five. In a few days these disappeared, leaving behind a superficial redness, which merged into discolored spots already present on the dorsum of the hand (right). The spots were of irregular shape, covering the third and last fingers, and involving the area over the first phalanx of the second finger. The whole dorsum of the hand was discolored in the same way — i. e., a dusky, reddish brown. These spots were anesthetic, and this anesthesia could be determined well up the lower third of forearm on the ulnar side. The treatment followed was directed at a neuritis, as a history of trauma had been given (the patient, a policeman, stated that a negro had

bitten him on the hand now affected). He was given salicylate of soda, with the strychnin, antikamnia and iodides in turn.

He was relieved of the pain, but the stiffness and contraction remained. After treatment from April 6 to June 22 (during which time strychnin was given for fully three weeks constantly, $^1/_{20}$ gr three times a day), the patient was sent for Antivenene injection to the Eye, Ear, Nose and Throat Hospital. One June 28, 1897, injections were begun.

2 c. c. along course ot ulnar nerve, upper third of right arm. Discolored lesion on hand, with large blisters on second and third fingers. General condition of patient is good; no lesions elsewhere on the body. Weight 174 pounds.

June 30 — 2 c. c. course of right ulnar nere.

July 1 — 2 c. c. along course of the left ulnar. Patient has erysipelatous eruption right forearm, with much swelling. Lead water and laudanum prescribed, with quinine and salicylic acid internally.

July 2 — No injection; erysipelatous condition much better.

July 7 — Transferred to New Orleans Polyclinic; for few days past the hand has been less stiff.

$1^1/_2$ c. c. injected midway along right ulnar nerve.

July 9 — 2 c. c. into back, midway between spine and scapula on left side; right forearm much swollen. Since last injection patient chopped wood with an axe, using his right hand and arm.

July 11 — 2 c. c. left side of back, higher up than last injection; swelling reduced; can use hand more freely; no bullae since July 3.

July 13 — 2 c. c. in right interscapular space, at middle of lower border; the size of forearm normal; no inflammation; the lesions on hand are half former size.

July 15 — 2 c. c. in right interscapular space; right elbow joint is stiff; creeping sensation along ulnar side of forearm; has occasional pain in little and ring fingers; sensation to pain (with needle) is marked over little finger.

July 17 — 2 c. c. in right interscapular space; sensation to pain restored over lower third of forearm, over hand and the first and second phalanges of third finger.

July 19 — 2 c. c. in right interscapular space; only one third of area of lesions on the hand remains.

July 21 — No injection; has use of hand; has resumed occupation: scarcely one-fourth of original lesions on the hand and fingers remains.

July 23 — No injection; fingers burn and they are no longer anesthetic.

July 26 — 2c. c., right interscapular space.

July 30 — 2c c. in right interscapular space; the remainend lesions are fading in color to a rosy red.

August 1 — 3 c. c. in right side of back, between spine and scapula.

August 3 — 2 c. c. in right interscapular spaee.

August 5 — Ordered $^1/_{60}$ gr strychnin, three times a day, until more serum arrives.

August 11 — In statu quo.

August 16 — In statu quo.

August 23 — $1^1/_2$ c. c. injected in principal sport at the first phalaux of third finger; spots are still paler in color; injection painful.

August 24 — No injection; hand edematous; cold sweat at 1 P. M. on the 23d; the hand is painful.

August 25 — No injection; swelling gone; spots fading.

August 27 — 3 c. c. in right interscapular space; cold sweats on the 25th and 26th, at 1 or 2 o'clock P. M.; slight pain at night in little and ring fingers; skin is glossy and rosy pink; lesions are seen well only by right side.

August 28 — $1^1/_2$ c. c. right interscapular space.

August 30 — No injection given; there is a faint rosiness over base of third finger, at second and third joints and over last phalanx; the same discoloration over the last phalanx of little finger. The patient has complete use of the hand and forearm, and complains alone of stiffness at night in the third finger.

Conclusions. — The improvement, then, is marked in that the contraction of fingers has disappeared, the nodosity in the ulnar nerve has gone, the thickening of this nerve has disappeared. He has improved in general health and weighs 186 pounds to-day against 174 pounds at beginning of injections, in spite of the fact that he is a policeman on night duty.

Total number of injections, 17; total amount injected, $34^1/_2$ c. c. maximum injection. 3 c. c.; minimum injection $1^1/_2$ c. c.

Case IV. — Henry B. . . ., male 45 years old; carpenter. Macular leprosy, with trophic changes in the left hand.

Juli 5, 1897. New Orleans Polyclinic — The patient is in good physical condition, weighs between 135 and 137 pounds. The eruption is widely distributed. On the face there is a duskiness with some telangiectasis, but no distinct eruption. The ears are suffused with redness. The chest, back, trunk and buttoks are free, excepting one small (silver half dollar size) lesion, on the right side just at the lower margin of the loin. On the right arm there is a distinct mottled lesion, just at the point of origin of the ulnar nerve; it is irregular in shape, rather ovoid, with the long axis running diagonally across the inner aspect of that part of the forearm. The lesion is dark brown, reddish, only at the edges, where the lesion seems to break into smaller particles. On the left arm, there is one small (size of a dime) lesion, bright red in color, just at the elbow joint. On the outer aspect of the arm, a lesion (size of a silver half dollar) similar to the one described on the other arm; this is just in the middle third. On the flexor surface and inner aspect of the arm, three inches above the wrist, is a larger lesion (size of a silver dollar), also mottled and discolored, as those above described, except there is a distinct purplish hue. On the third finger, dorsum, there is a deep purpish lesion running the entire length of the finger. On second finger a similar lesion covers the first phalanx. On the right thigh just above the knee, on inner aspect, is s large round lesion, two inches in the transverse, $1^1/_2$ inches in the vertical diameter. The patient is inconvenienced by the contraction of fingers of the left hand, which prevents his opening it, the condition being a characteristic „griffe". All lesions are markedly anesthetic to pain. The patient has been treated with chlorate of potash, salicylate of soda, in conjunction with strychnin, for nine months.

July 7 — Injected 3 c. c. of Antivenene in the back, midway between the spine and left scapula.

July 9 — Patient states that until yesterday he had regularly a sensation of stinging and itching of both cheeks at night. Yesterday this had noticeably disappeared. Had a cold sweat last night. Never noticed this before.

Injected 2 c. c. in back at inner border of left scapula.

July 13 — 2 c. c. in left interscapular space just at the border of the scapula;

has had cold sweats for four days. Pain in hips and back; fever for two hours, morning of the 10th.

July 15 — 2 c. c. right interscapular space; has had cold sweats, also headache.

July 17 — 2 c. c. in left interscapular space; cold sweats last night, headache.

July 19 — 2 c. c. right interscapular space; cold sweats; has headache nearly every day.

July 21 — 1 c. c. in left interscapular region; cold sweats last night. Fingers burn.

July 23 — No injection; has more use of hand. Cold sweats.

July 26 — Much more mobility of hand. 1 c. c. in smaller spot on external surface of forearm; 1 c. c. in spot on right thigh above knee; chill this morning. Eruption has broken in every patch.

July 30 — Fingers of left hand are straighter. In smaller spot on left forearm a decided area has faded at the periphery. In the center of patch the eruption has broken and the color has changed to a dull gray almost throughout the patch. Injected $^1/_2$ c. c. In the larger patch in left forearm the eruption is broken in the center. $^1/_2$ c. c. injected. The spot at right elbow has faded very much, in places decidedly gray, in others light coffee color. Injected $^1/_2$ c. c. The lesion on right leg, injected $^1/_2$ c. c., has not changed in appearance; the injection, however, caused decided pain — so much so, that patient exclaimed when the injection was made. General condition good. Says left arm swelled yesterday (July 29) and day before (July 28) around the wrist. Cold sweat this morning.

August 1 — Cold sweats. Small spot internal surface more broken. Spot on right elbow more broken.

Injected $^1/_2$ c. c. in small spot of left forearm; $^1/_2$ c. c. in large spot; 1 c. c. in spot right forearm; 1 c. c. spot above right knee.

August 3 — Feeling well, sweating a good deal; no cold sweats; large spot on left forearm is clearer; spot at right elbow is clearer; 4 c. c. injected; $^1/_2$ c. c. into each spot.

August 11 — Has had occasional cold sweats at night; the lesions on both arms are losing color distinctly; spot on thigh unchanged.

August 16 — An evident progressive loss of color in lesions of both arms; patient has use of hand for his work as carpenter.

August 18 — Was ordered $^1/_{60}$ gr. of strychnin, pro tempore.

August 23 — Injected $2^1/_2$ c. in large spot on right forearm: 1 c. c. in larger spot on left forearm; $1^1/_2$ c. c. in spot on right thigh.

The lesions on left forearm have improved. The larger spot has faded, while the smaller spot has, at several points, resumed the color of normal skin, the original size having been reduced fully one-third. The change has occurred at the outer and lower borders, while at the upper border the spot has faded fully one-fourth of an inch. The color in the center of the patch now is in streaks, where formerly it was mottled in appearance.

August 24 — $1^1/_2$ c. c. in spot on right thigh; $1^1/_2$ c. c. in small spot on left forearm. The right forearm is much swollen; the right thigh is painful in a considerable area around the injected lesion; the face has lost all leprous expression; the lesions on left hand have faded so as to resemble a faint glazed pink scar; the patient has more and more use of hand.

August 26 — All spots are fading. For the first time this is noticeable in the spot on right thigh; the center of which is perceptibly clear, now grayish, where formerly brownish red.

Injection: $1^1/_2$ c. c., small spot on left arm; $1^1/_2$ c. c. in spot on right arm; $1^1/_2$ c. c. in spot on right thigh.

The lesion at region of the loin, which have never been injected, has disappeared. The small spot at right elbow is almost gone.

August 26 — Injected $^3/_4$ c. c. in large spot; $^3/_4$ c. c. in small spot on left forearm; $1^1/_2$ c. c. in spot on right forearm; spot on tigh is clearer at the inner border.

August 27 — Cold sweat this morning about 3 a. m. The left forearm — The spot on posterior aspect of forearm is much inflamed, so as to hide the eruption; but there is undoubted diminution in size. The larger spot on flexor surface is only inflamed in small area, the whole patch is much broken all through, the patch now being only spotted. Right forearm — The patch is still fading in the center. A notable phenomenon is the marked telangiectasis of these spots. The spot on right leg is a little more telangietic and is fading in center.

Injected: $1^1/_2$ c. c. large spot left forearm; $1^1/_2$ c. c. large spot right forearm; $1^1/_2$ c. c. large spot right thigh; injections were painful.

August 28 — Injected 1 c. c. in large spot left forearm; 1 c. c. in spot on right arm.

Marked inflammatory action at points of last injection in the spot on thigh, and in spots on the right and left forearms.

August 30 — $^1/_3$ c. c. in anterior edge of lesion on right forearm; $^1/_3$ c. c. in posterior edge of lesion on right forearm; $^1/_3$ c. c. in small lesion on left forearm; $^1/_3$ c. c. in larger lesion on left forearm; $^1/_3$ c. c. in upper border of lesion on right leg; $^1/_3$ c. c. in inner border of lesion on right leg; Left arm — Hand is less contracted, but there is still inability to straighten the last three fingers. On only the third finger there is a rosy red patch of eruption. The hand is useful for all purposes and can be closed with ease. The two lesions on the forearm have improved steadily, markedly since last few injections. The smaller lesion, much inflamed from last two injections, has faded until it is now one-third of original area. The larger lesion has broken at the upper, lower and anterior border, and in the center, now being about two-thirds original size. The right arm — The single lesion at the elbow has disappeared fully one-third at the upper and fully one-third at the lower border, the center of the rectangular lesion remaining has broken and faded in several spots.

The right thigh — The only lesion on the lower extremities has faded in the centre; has broken at lower and outer border. Altogether there has been a disappearance of the lesions in onehalf of their total area. The evidence of nerve leprosy has been so ameliorated as to have restored the usefulness of the hand and arm involved. The patient has improved in general health; has gained five pounds in weight under treatment, and has lost the facies of leprosy, strongly in evidence when injections were begun. He has latterly had cold sweats, but these have in no wise affected his appetite or general health. For the past week, the injections have been quite painful at every point.

Total number of injections, 18; total amount injected, $48^1/_2$ c. c.; maximum injection, 5 c. c.; minimum injection, 1. c. c.

Case V. — Mrs. B—ni, aged 47, mixed leprosy. A well-nourished, overstout woman of German birth, weighing 176 pounds. Has had the disease for

three months. She was ignorant of her condition, and came to discover the diagnosis.

The eruption was general and symmetrical in its distribution. It was thickest on the arms and on the back.

The face showed a thickened infiltrated appearance, with puffiness of the eyelids and of the upper and lower lips The ears were swollen, but more edematous than infiltrated.

The neck showed numerous distinct flat lesions elevated and infiltrated. The chest was sparsely dotted with macules, the back was rather thickly covered with similar lesions. The arms were practically free from lesions. The forearms scarcely presented two square inches of healthy skin, the areas of these locations being covered with confluent and single lesions, papular but flattened, and varying in size from a tiny spot to lesions the size of a silver quarter.

On the buttocks, each side, there is a typical large leprous macule of the ring-like variety, with a white center and a light copper-colored band, the lesions being about two inches in the largest diameter. The thighs have a few scattered lesions, like those on the chest and back. On the legs there are patches of eruption, solid for the most part, especially in the lower portion of the legs. In the upper third of each leg, on the outer aspect, there are two or three macules with whitish centers, all, however, paler than the lesions on buttocks, buth with a violaceous tint in the band around the white center. The general health of the patient is good, and but for the annoyance of the lesions present she suffers nothing. The lesions are everywhere anesthetic.

July 21, 1897 — Injected 1 c. c. into left shoulder at upper border of scapula.

July 23 — No injection (no serum). The face is less discolored and the lesions on arms and on legs are paler in color.

July 25 — The left cheek is perceptibly paler; more so than the right; but both have faded. Injected 5 c. c. into right shoulder above the spine of scapula.

July 30 — Infiltration of cheeks gone. The cheeks are simply rosy now and somewhat telangiectic, particulary in the alae nasi. The forehead is infiltrated still in the interpalpebral space; over each arch there is a distinct infiltration, almost a tubercle; the nose is slightly discolored, but not enlarged; the ears are somewhat discolored, but not much enlarged. The eruption elsewhere on the body has not perceptibly changed. Injected 1 c. c. in right forearm, and one-half inch below elbow; 1 c. c. in left forearm, and one-half inch below elbow; 1 c. c. in left 1 c. c. in right shoulder.

August 1 — Injected 1 c. c. in left forearm, external surface, half inch below elbow; 1 c.c. in left forearm, anterior surface; $^3/_4$ c.c. in right interscapular space; $^3/_4$ c. c. in left interscapular space.

August 3 — Injected 2 c. c. in left forearm, near elbow, in four injections; 2 c. c. in right forearm, near elbow, in different spots.

August 11 — In statu quo; August 16 — In statu quo.

August 18 — In statu quo; $^1/_{60}$ gr. strychnin three times a day.

August 20 — In statu quo.

August 23 — Eruption unchanged since last observation. Injected in left forearm 4 c. c.; in right forearm 3 c. c.; in left leg 2 c. c.; in right leg 2 c. c.

August 25 — On the 24th was too weak to come, felt listless; but this passed in the afternoon and since then she has had no evidence of ill effect of the injection. Injected $1^1/_2$ c. c. in right leg; $1^1/_2$ c. c. in left leg; $1^1/_2$ c. c. in right forearm;

$1^1/_2$ c. c. in left forearm; $1^1/_2$ c. c. in right interscapular space; $1^1/_2$ c. c. in left interscapular space.

August 27 — Face clearer, legs clearer; no reaction since injection. Injected 2 c.c. in right forearm; 2 c.c. in left forearm; $1^1/_2$ c.c. in right leg; $1^1/_2$ c.c. in left leg.

August 28 — Weak yesterday; injected in left forearm, 2 c. c.; right forearm, $2^1/_2$ c. c.

August 30 — 2 c. c. in right forearm; 2 c. c. in left forearm.

Status Presens. — The face has cleared on both cheeks, which are now quite free from infiltration. The neck has not changed in any particular. The forearms have lost a number of lesions in the lower third. The eruption in the upper third of the forearms has changed little, if any. The legs have improved decidedly, in that the eruption has faded almost completely in the lower third, and the macules of characteristic type at first have so changed as to have eliminated the distinct contour. The patient has suffered no effect from the injections. The improvement has been marked, then, on the face, particulary the cheeks, and on the legs.

Total number of injections, 10; total amount of antivenene injected, 52 c. c.; maximum injection, 11 c. c.; minimum injection, 1 c. c.

Curabilité et Traitement de la Lèpre.

Par

Dominique Fornara (de Taggia en Ligurie).

Nos connaissances actuelles de l'étiologie et de la nature de la lèpre nous autorisent d'admettre, au moins théoriquement, la curabilité de cette maladie.

Quoique longue et bien difficile, la guérison d'une maladie infectieuse, dont l'agent est très bien etudié et connu, doit être à priori assez vraisemblable. Elle se fera dans notre cas longtemps attendre parcequ'il s'agit d'un ennemi innombrable, énormément répandu dans tous les coins. Elle sera aussi difficile à obtenir, parceque ce parasite vit barricadé dans les cellules, n'ayant que peu de communications avec le dehors.

Mais si une substance fut donnée qui, tout en ayant une action funeste sur la vie du bacille, n'empoisonnat pas le corps humain, même en grandes doses, pourquoi n'admetterions-nous pas la possibilité que cette substance pénètre peu à peu aussi dans les cellules et se répande dans l'organisme, poursuivant à outrance partout le parasite, jusqu'à son anéantissement?

Je dois cependant avouer, messieurs, de ne pas avoir fait ce raisonnement à priori, lorsque le premier cas de lèpre se présenta à ma pratique. Il s'agit d'un cas qui fut déjà traité par bien des confrères, parceque il datait de plus que 5 ans; dans ce cas j'ai tenté quelque chose de nouveau en faisant quelques épreuves plutôt pour soutenir le moral du malade que pour le guérir.

Malgré mon pessimisme, j'ai pu, après quelques mois de traitement, constater à mon grand étonnement, à travers de l'affreuse écorce de la maladie, le simulacre de la santé. Les tubercules, même si agroupés en plaques, diminuaient en réalité.

Fortifié par l'espérance, comme le soldat qui voit l'ennemi se replier, j'ai alors redoublé mes efforts.

Peu à peu j'ai vu toutes les manifestations, soit tuberculeuses, soit nerveuses (trophiques et fonctionelles) se dissiper, ainsi que j'ai eu l'honneur de le démontrer pratiquement à plusieurs centaines de confrères le 18 Février dernier dans l'Athénée de Venise, à l'occasion du Congrès international pour la peste.

Encouragé davantage par d'autres cas, qui ont confirmé ma

première expérience, j'ai cru mon devoir de venir ici devant vous, dans cette circonstance solennelle pour vous exposer ma methode, qui est très simple et qui en même temps s'appuye sur nos connaissances physio-pathologiques de la maladie.

Substance fondamentale en est l'Airol, ce gallate d'oxyiodure de Bismuth, qui dans un délai relativement court, a pris la première place parmi les succédanés de l'iodoforme, qu'il remplace de plus en plus.

Je le donne intus et extra jusqu'à la saturation du corps et j'ose affirmer qu'il est le vrai vainqueur de la lèpre.

Je ne nie pas cependant qu'il ne puisse avoir des auxiliaires. Je me suis aussi servi d'autres substances, d'autres moyens, mais je tiens, à le dire: plus pour achever, pour hâter le traitement, que pour un vrai besoin de le compléter.

La guérison au simple Airol est une simple question de temps, pas plus.

Voici les lignes générales de mon traitement:

Je me débarrasse autant que possible, à l'aide du thermocautère, des colonies superficielles (reliefs éléphantiodes, gros tubercules, plaies atoniques).

Au lieu de tuer les ennemis rang par rang comme les anciens légionnaires avec l'épée, il vaut mieux les détruire en masse, puisque nous en avons les moyens.

Pour la même raison je cherche de faire disparaître les hyperchromies, les gonflements, avec la Chrysarobine en pommade liquefiée avec un peu d'huile essentielle de térébenthine.

Généralement je fais pratiquer chaque soir le massage de tout le corps, avec une pommade composée d'Airol et vaseline blanche (1 : 10) et je fais envelopper ensuite les malades pour toute la nuit dans un linge qu'on change si rarement que possible, tout en tenant compte des exigences de la propreté. Ce massage qui doit être continué pendant des mois, est précédé par un lavage du corps à l'eau tiède, lorsqu'on a employé la Chrysarobine pendant la journée. Chaque matin après un bain général chaud qui nettoye et ravive la peau, je pratique des injections souscutanées avec une émulsion d'Airol à $^1/_{10}$ dans la glycerine étendue de $^1/_3$ environ d'eau distillée, ou mieux dans l'huile d'olive qui préalablement bouillie, conserve l'Airol indéfiniment et qui est absorbée plus facilement. Je dirige ces injections dans le centre des tubercules, des plaques, des endurcissements, des gonflements, des zônes anesthétiques, en les graduant d'une goutte à une entière seringue de Pravaz selon la grandeur de ces manifestations. Si les yeux sont atteints, j'instille aussi plusieurs fois par jour la dite émulsion dans le sac conjonctival, après avoir attaqué les lépromes ou avec le thérmocautère, ou bien avec l'injection. Dans les cas où le nez ou la gorge sont également atteints, je fais encore fréquemment aspirer de la poudre d'Airol par les narines comme du tabac.

De cette manière le corps ne tarde pas à se saturer d'Airol; après un mois de traitement, on note l'apparition au bord dentaire des gencives, d'un ruban blanc qui peu à peu noircit. Dans un seul cas jusqu'ici j'ai vu après plusieurs mois de traitement une vraie

stomatite avec des hémorragies au minime attouchement, ce qui tenait sûrement, au moins en partie, à la gracilité du sujet. Ce ruban se fonce ou s'éclaircit et finit par disparaître, selon l'activité du traitement, de sorte qu'il peut servir de compteur de la saturation.

Ce n'est pas du reste l'Airol intègre, mais son Bismuth qui, comme les métaux, produit ces manifestations dans la bouche. Aussi les injections sous-cutanées démontrent qu'au contact avec les humeurs organiques l'Airol se décompose dans ses 3 éléments: Acide gallique, Jode et Bismuth. En effet on trouve facilement de l'Jode dans les urines des individus traités à l'Airol.

Et c'est assurément dans la formation de ces 3 éléments à l'état naissant, que doit être cherché le secret de l'action physiologique de l'Airol.

La Chimie nous apprend que cet état représente dans la nature minérale ce que c'est la jeunesse dans la nature organique. Les mêmes propriétés s'accentuent jusqu' à paraître différentes.

J'ai cherché d'établir auquel des 3 éléments de l'Airol on pourrait attribuer son action thérapeutique, essayant aussi d'autres composés médicamenteux, qui comme l'Airol donnassent issue à de l'jode sur place, ainsi que l'europhène, l'jodol, l'jodoformal; d'autant plus que déjà Mr. le Dr. Goldschmidt de Madère a publié en 1895 un cas de guérison de lèpre obtenu par l'application externe d'europhène, dont il explique l'action avec l'jode à l'état naissant. Mais tous ces corps agissent moins énergiquement et moins vite que l'Airol. Le cas de Mr. Goldschmidt, quoique initial, a exigé un traitement de 4 ans.

On ne saurait donc nier une certaine action aussi aux autres composants de l'Airol. Peut-être l'un aide les autres.

Dans une communication faite à la Société médicale de Bâle, Mr. Haegler a démontré l'action microbicide de l'Airol sur les bactéries anaérobies.

L'année passée Mr. le Dr. Andrjusczenko a publié des études expérimentales faites dans le laboratoire de Médecine militaire du Caucase, qui prouvent à l'évidence que l'Airol tue les bactéries, même anaérobies, dans les cultures artificielles.

Certainement si nous avions sous la main tous les bacilles du corps lépreux comme dans une culture artificielle, la maladie serait vaincue par une seule application du remède. Mais comme le médicament ne pénètre que peu à peu dans l'organisme et n'y vient que lentement en contact avec les bacilles, le traitement doit être continué longtemps et sa durée ne peut-être prévue.

J'ajouterai que pour accélerer la guérison, j'ai aussi essayé de donner en même temps l'huile de Gynocardia odorata à l'intérieur. Vraiment pas tous les estomacs la supportent. En outre les malades maigrissent sous son action qui, peu étudiée jusqu'à présent, s'exercerait selon les recherches faites en 1893 par mon ami le Dr. Levi, dans le laboratoire de pharmacologie expérimentale de l'université de Gênes, spécialement sur le sang et sur les vaisseaux, en diminuant l'oxygénation du premier, retrécissant les derniers, de sorte que tout tomberait en disette, y compris le parasite.

La vie au grand jour, à la campagne, l'activité du corps, même la gymnastique, les ferrugineux et les toniques, ont completé le traitement à l'Airol.

J'ai soumis à ce traitement déjà 7 malades, dont je vais vous présenter maintenant l'histoire:

1. La première, la demoiselle que j'ai presentée à Venise, était atteinte de lèpre depuis 6 à 7 ans, elle avait été traitée par le prof. Profeta, directeur de la Clinique dermosyphilopatique de Gènes, qui posa le diagnostic de lèpre tuberculeuse grave, verifiée aussi successivement par Messieurs les professeurs Majocchi de Bologne et Ducrey de Pise.

Cette malade présentait des manifestations cutanées mixtes, des manifestations naso-pharyngiennes, oculaires, périostées et glandulaires.

Elle avait 29 ans, mais était le dernier enfant d'une vieille mère et avait du côté du père des ancètres lèpreux. Je crois aussi la localité où elle habitait, infectée depuis des siècles, peut-ètre depuis les Croisades, parceque dans toute la petite ville, seulement cet' endroit, où restent encore les décombres du palais des anciens Marquis Clavesana, a toujours eu quelque cas de lèpre (7 à ma mémoire).

J'ai commencé à essayer l'Airol chez cette malade au mois de Novembre dernier; mais le traitement régulier ne commença qu'en Décembre.

Depuis ce temps jusqu'à la présentation de la malade à Venise en Février 1897, l'Airol, avec quelque peu de quinquina et de fer, a été le seul médicament employé.

Après la conférence tenue à Venise, je me suis aperçu de la stomatite bismuthique, ce qui m'a fait suspendre l'Airol.

J'ai fait prendre en suite à l'intérieur un peu d'huile de gynocardia (mal tolerée), lorsque presque complètement remise en santé, elle est partie pour un pays bien loin, où la lèpre est complètement inconnue et d'où elle m'écrivait de n'avoir plus rien.

Je n'ai jamais employé dans ce cas ni le thérmocautère, ni la chrysarobine.

Je vous en présente 2 photographies comparatives, une à moitié traitement, lorsque je me suis aperçu de l'avantage du nouveau remède, l'autre du mois d'Août.

J'ai noté sur ce premier cas un phénomène singulier; lorsqu'une agitation quelconque accélérait la circulation du sang, les tubercules en voie de guérison et presque disparus, s'accentuaient, formant une vraie peinture du passé; ce que j'ai appelé „camaléontisme".

2. Dans le second cas, le seul homme que j'aie soigné jusqu'ici, j'ai commencé mon traitement en Février.

Quoique il habite San Remo, le malade a été longtemps locataire dans la maison de la susdite demoiselle à Taggia.

Dans ce cas le diagnostic fut également confirmé par le Prof. Profeta de Gènes.

Le malade fut traité pendant les premiers 3 ans par les meilleurs spécialistes sans aucun succés.

Il est agé de 47 ans et son mal date de 4 ans environ.

La lèpre n'a pas fait ici que des manifestations mixtes cutanées,

mais était arrivée à des ulcérations rebelles dans la jambe gauche, à la chute des poils des sourcils et à un gonflement dur, très marqué du dos des mains, devenues ainsi incapables à rien faire, comme vous le montre la photographie double prise en Février.

Je me suis servi dans ce cas en aide de l'Airol, de l'huile de Gynocardia à l'interieur et de la pommade de Chrysarobine extérieurement.

Le malade n'est pas encore guéri en sens absolu, parcequ'il lui reste quelque petit tubercule au lieu des reliefs éléphantiodes des mains, où ne pouvant pas débarrasser le surplus avec le thérmocautère, l'Airol a lentement dû tout limer.

Mais il est très content des résultats obtenus, dont vous pouvez vous faire une idée sur 2 portraits tous recents.

Sa figure brune et percée de cicatrices d'une forte variole, ne m'a jamais montré de Camaléontisme; qui est au contraire bien évident dans ses mains par le seul changement de position, en bas, ou en haut.

Je crois que tous ces trous de la variole et les cicatrices des applications nombreuses de thérmacautère du passé, ont aussi quelque influence sur la lenteur de la réparation de sa peau.

3. Continuant en ordre chronologique, j'ai essayé ma méthode et cette fois avec tous les moyens mentionnés, sur une malade, dont l'affection date depuis au moins dix ans, qui abandonnée par les médecins, plongée dans la misère, était vraiment rebutante par la mauvaise odeur de son haleine et de son corps tout couvert de plaies.

Il importe de noter que cette malade appartenante à une famille de blanchisseuses qui servaient aussi la léproserie de San Remo, demeurait tout près de celle-ci. De plus elle eut, il y a 3 ans, une tante maternelle victime de la lèpre.

Fille de 30 ans, de constitution très robuste, elle justifiait pleinement le nom de léontiasis, paraissant en vérité un vieux lion abimé par une lutte acharnée.

Je l'ai visitée à la fin de Janvier et l'ai dès lors pourvue de temps en temps d'Airol qu'elle appliquait pur sur ses plaies et qu'elle aspirait par les narines. Mais ce n'est qu'au mois de Mai, que le vrai traitement a pu être commencé, lors que le Grand Magistère de l'Ordre des S. S. Maurice et Lazare du Royaume d'Italie, Patron de la Léproserie de San Remo, a donné la permission d'y recevoir la malade.

Le paquelin a dû ici détruire bien d'amas éléphantiodes, qui, surtout aux jambes, formaient des vrais piliers, ou des mamelons surmontés par des ulcérations blafardes. C'était impossible de réussir avec le seul Airol, qui appliqué au contraire sur le fond, sur la base du mal, a déjà cicatrisé la plus part de ces plaies.

Ici le Camaléontisme est en plein.

J'ai dans ce cas vérifié l'effet de l'Airol introduit par la circulation, sur les énormes manifestations de la gorge, sur lesquelles les prises par le nez n'ont eu certainement que bien peu d'action. Peu à peu la saturation d'Airol, toujours maintenue dans le corps, a dé-

truit les plaies, les tubercules, les engorgements, de sorte que l'haleine est devenue saine, la voix naturelle.

La guérison de cette malade est désormais certaine.

Je regrette que Mr. le Directeur de l'Hôpital Mauricien de San-Remo, qui gracieusement a voulu photographier cette jeune femme lors qu'elle arriva, ait cédé a ses difficultés de se découvrir davantage. La plaie que l'on voit à la jambe gauche n'est qu'un spécimen de ce qu'on avait dans toutes les deux jambes et aussi dans les bras.

La toute récente photographie que je vous présente en comparaison, montre presque tout le champ, avec les progrès déjà obtenus.

4. Dans le mois d'Avril dernier est venue demander mes soins une autre lépreuse, âgée de 33 ans, avec des manifestations mixtes aux membres et à la face, avec des tubercules et des plaies dans la gorge. Mère de famille, d'un pays peu loin de San Remo où se trouve un confrère très intelligent et zélé, elle s'est mise en cure depuis ce temps là, dans sa maison.

Je vous présente son portrait d'Avril (22) et l'actuel (23 Septembre).

Seulement avec les aspirations d'Airol par le nez, j'ai obtenu une énorme diminution des lépromes de l'arrière-bouche, du larynx, avec retour de la voix déjà presque éteinte; ce qui confirme l'action indirecte du médicament, qui a été donné par frictions et par de nombreuses injections souscutanées.

5. Un cinquième cas concerne une pauvre femme, mère de famille de San Remo, agée de 47 ans, demeurante peu dessous de la léproserie.

Elle y a été acceptée à la fin du mois de Juin, avec des manifestations mixtes aux membres, un léprome à l'oeil droit qui en restait détourné en dehors et un autre léprome à l'intérieur de l'aile nasale droite.

Je me suis déjà débarrassé de ces deux derniers lépromes avec des injections, complétées dans leurs effet, par le thérmocautère.

Les autres manifestations vont beaucoup mieux et guériront sans doute dans un court délai.

J'en ai un seul portrait pris à la fin d'Août.

6. et 7. Deux autres cas achèvent mon patrimoine d'aujord'hui.

Il s'agit d'une fillette de 15 ans qui est entrée à la léproserie de San Remo le 20 Août et d'une femme mariée de 20 ans qui est encore chez soi à la campagne.

Je vous en parle en même temps, par ce qu'elles sont filles de 2 soeurs, dont une (la mère de la fillette) est morte de lèpre (en Mars dernier) comme aussi le père de la grand' mère commune.

La première, fille de la lépreuse et d'un père ivrogne mort lui aussi, n'a des manifestations morbides qu'aux genoux et aux coudes, parties qu'elle exercait spécialement, par ce qu'elle gagnait son pain chaque jour en grimpant sur les pins à la récolte de ses pommes.

Elle s'améliore rapidement, ainsi que montrent ses deux portraits, un du 16. Août, l'autre du 25. Septembre.

L'autre malade mérite une description détaillée.

Il y a presque 2 ans, travaillant à la campagne, elle resta surprise de se trouver le coude gauche largement blessé sans s'en être aperçue. Elle se fit alors visiter par plusieurs Médecins de San-Remo, qui verifièrent l'insensibilité de ce coude et du genou opposé, phénomène qui dure encore aujoud'hui.

Elle se maria néanmoins, lorsque des taches érythémateuses se manifestèrent partout sur son corps. Devenue enceinte, les taches ont disparu. Elle accoucha d'un enfant très bien portant à la fin de Juillet. Dix jours après voilà les taches revenues avec plus encore de force et d'extension.

Aucune partie du corps n'en est libre. Ce sont des taches rouge foncé, rondes avec un centre normal comme celles produites par le tricophyte de la teigne. Plutôt de taches il s'agit d'élévations, comme des bas-reliefs, qu'on aperçoit suffisamment bien avec le tact. Elles sont beaucoup plus chaudes que la peau normale. La différence de la température est en moyenne 1°. Seulement la sensibilité n'est pas augmentée; on la dirait même diminuée. Il manque donc des 4 symptômes traditionels de l'inflammation: rougeur, châleur, tumeur, douleur; seulement le dernier.

J'avais déjà tout disposé pour phothographier le corps de cette jeune femme, lorsque, après trois frottements, à la pommade d'Airol, se manifesta une forte érysipèle.

J'espère que cette malade très intéressante sera receptée dans la Léproserie avec son enfant que je ne saurais pas conseiller de donner à une autre nourrice.

C'est jusqu'ici une Lèpre exclusivement nerveuse (trophique et fonctionelle), qui ne tarderait pas à donner aussi des ipercromies et des tubercules si on la laissât sans traitement.

Il va sans dire que dans ce cas ainsi que dans tous les autres, on a verifié le bacille de Hansen.

Je vous ai indiqué déjà 2 malades dont l'habitation était dans les environs de la Léproserie de San Remo.

Dans ces mêmes environs j'en connais d'autres qui jusqu'ici refusèrent d'entrer à la Léproserie; qui maintenant réduite aux 3 malades susindiqués (3. 5. 6) était bien plus peuplée dans le temps, lorsque le Roi Charles Albert de Savoie l'avait destinée aux atteints de toute la Province de Nice maintenant passée pour $^2/_3$ à la France.

Ne serait-ce qu'un simple cas ce rapprochement de malades?

Il faut savoir que chez nous surtout les pauvres (et le quartier de la Léproserie de San Remo est tout pauvre) ont tous quelques chambre à eux, qui a vu se succéder plusieurs générations dans ses murs sans jamais avoir subi une réparation ou restauration. Je puis aussi vous assurer que dans la partie de la Province de Nice restée à l'Italie et constituant maintenant ma Province de Port Maurice, la lèpre déjà repandue dans presque toutes les communes, est à present de beaucoup diminuée, sans doute par le progrès très visible qu'a fait le pays depuis l'ouverture du chemin de fer (1870) qui lui a permis de profiter de son climat délicieux pour des cultures rares (fleurs en hiver) et pour hospiter pendant la saison froide les riches malades du nord de l'Europe.

A côté de l'héritage, qui, comme le droit possesseur en loi, maintient dans les familles la malheureuse conquête, je ne doute pas qu'un autre élément entre dans la transmission de cette hideuse maladie, je veux dire l'élément de la contagion; contagion par le corps des malades, par leurs effets, par les localités mêmes où beaucoup d'eux ont vécu.

Oui, messieurs, je crois qu'il y ait des maisons, où le bacille de Hansen et ses spores se conservent indéfiniment, toujours prêts à saisir le malheureux disposé qui y habite.

Je crois de plus que peut-être la génération ne transmette que la disposition à l'infection et que celle-ci s'effectue par les objets de famille, par la maison contaminée auparavant.

Nous avons dans l'histoire de la lèpre des exemples bien éloquents à cet égard. Des familles déjà ravagées par la lèpre en ont eu l'immunité par le seul fait de l'émigration par exemple de Norvège en France, ou en Amérique.

Déjà Moïse admettait une lèpre des maisons. Et quoique sa descripton s'adapte à toutes les souillures possibles, puisque ce savant législateur visait évidemment à l'hygiène générale de son peuple, rien ne s'oppose à admettre que dans ses hautes relations avec les savants de l'Egypte, aussi sans microscope, il ait connu plus que nous, certaines particuliarités pratiques de la maladie originaire du pays.

J'espère que vous, mes maitres, ne me croirez trop rétrograde si en finissant et comme complément de mon plan de bataille contre la lèpre, j'invoque de renouveler en quelque manière deux prescriptions de Moïse: la purification avec nos puissants désinfectants, ou même la destruction des maisons lépreuses; et la ségrégation dans des maisons de santé en pleine campagne, des atteints.

Ceux-ci ne seront plus désormais ni les immondes rejetés hors des pays, des Hébreux, ni les reclus à vie du temps passé.

Quoique peu à peu, comme dans toutes les choses humaines, la médecine fera, j'en suis sûr, resonner sur eux les consolantes paroles du Rédempteur: Volo mundare vade.

Ein Beitrag zur Differentialdiagnose zwischen Lepra und Syringomyelie.

Von

Max Laehr in Berlin.

Am vierten Sitzungstage der Internationalen Lepra-Conferenz wurden der Versammlung auf Veranlassung von Herrn Professor von Düring (Constantinopel) drei Kranke gezeigt, bei denen auf der Nervenklinik der Berliner Charité (Geheimrath Jolly) die Diagnose auf Syringomyelie gestellt worden war. Unter diesen erregte einer ein besonderes Interesse dadurch, dass ihn eine Reihe der Anwesenden für einen bisher verkannten Fall von Lepra hielt. Er gab die Veranlassung zu einer lebhaften Diskussion über die Differentialdiagnose zwischen Lepra nervosa und Syringomyelie. Nur ein kleiner Theil der Leprologen schloss sich nach genauerer Untersuchung des Kranken der von den anwesenden Neurologen vertretenen Ansicht an, dass die klinischen Symptome der Ausdruck einer primären Erkrankung der centralen Rückenmarkstheile im Sinne einer Syringomyelie seien, für welche es bisher noch nicht erwiesen sei, dass sie eine Folge der Lepra sein könne; man müsse demnach erst den sicheren Nachweis führen, dass der Kranke an Lepra leide. Da eine Einigung der sich entgegenstehenden Ansichten nicht erzielt wurde, dürfte eine genauere Mittheilung dieses Krankheitsfalles von allgemeinerem Interesse sein, um so mehr, als seitdem die Untersuchung des betreffenden Kranken nach verschiedenen Richtungen hin ergänzt worden ist.

August Ka., geb. 1865 im Kreise Mohrungen (Provinz Westpreussen), Lastkutscher[1]).

Anamnese: K. ist unehelich geboren (Geburtsverlauf unbekannt), in der Familie der Mutter sollen Nerven- und Hautkrankheiten nicht aufgetreten sein. Seine einzige Schwester starb mit vier Jahren an ihm unbekannter Krankheit. Er ist seit 1890 verheirathet und Vater von 3 Kindern (geb. 1891, 1892, Aug. 1896). Mit 12 Jahren erkrankte er an beiderseitigem Ohrenfluss und ist seitdem etwas

1) Eine ausführliche Besprechung desselben findet sich in den Charité-Annalen XX, S. 679, 1895. M. Laehr, Beiträge zur forensischen Bedeutung der Syringomyelie.

schwerhörig; in jüngeren Jahren will er an Krätze gelitten haben und deshalb von einem Quacksalber eine Einreibung mit „Vitriol-Petroleumsalbe“ erhalten haben, welche Veranlassung zu ausgedehnten Geschwüren am linken Oberarm gab. Diese heilten mit Hinterlassung grosser Hautnarben. Mit 14 und 25 Jahren litt er an Hautgeschwüren an Brust und Rücken, über deren Entstehung ihm nichts bekannt ist, welche aber ziemlich schmerzlos gewesen zu sein scheinen. Im Jahre 1883 machte er eine fieberhafte Krankheit von kurzer Dauer durch, über die er auch keine näheren Angaben machen kann. — Im December 1891 war er eines Morgens damit beschäftigt, Lehm auf einen Wagen zu schippen, als er plötzlich beim Hineinstechen der Schippe in den etwas harten Lehm einen Krampf im linken Vorderarm und in der linken Hand verspürte. Er konnte von dem Augenblick an den linken Arm immer schlechter gebrauchen und musste sich schliesslich von einem anderen Kutscher beim Aufladen helfen lassen, aber er arbeitete bis zum Abend weiter. In dieser Zeit war der Arm so stark angeschwollen, dass das Hemd aufgeschnitten werden musste. Am nächsten Tage ging er in ein Krankenhaus, wo ein schwerer, mit starker Quetschung der Weichtheile einhergehender Bruch der linken Speiche festgestellt wurde, und er anfangs mit einem Schienenverbande, dann wochenlang mit einem Gypsverbande behandelt wurde. April 1892 wurde er wieder für erwerbsfähig erklärt, nahm seine Beschäftigung auch wieder auf, konnte aber seitdem mit dem linken Arm schwere Arbeit nicht mehr verrichten. Seit Sommer 1894 bemerkte er eine Abmagerung der linken Hand, die Finger wurden allmälig krumm und ihre Gebrauchsfähigkeit nahm rasch ab. Da er das Leiden auf den früheren Armbruch bezog, machte er nunmehr Ansprüche auf eine Unfallrente geltend und wurde deshalb, als von ärztlicher Seite der Zusammenhang seines jetzigen Leidens mit dem früheren Unfalle angezweifelt wurde, der hiesigen Nervenklinik zur Beobachtung überwiesen.

Krankheitsbefund Januar 1895. Mittelgut genährter, gesund aussehender Mann. An Brust und Rücken zahlreiche kleinere und grössere weisse Hautnarben, über dem unteren Skapularwinkel links und über dem inneren Rand der rechten Skapula 3 Markstückgrosse strahlige Narben, eine noch grössere von gleicher Beschaffenheit von 15 cm Länge verläuft über dem Biceps links; am linken Vorderarme mehrfache frischere, bräunlich pigmentirte Narben (angeblich nach Verletzungen in den letzten Jahren entstanden), schliesslich noch zwei kleinere an der Stirn und Oberlippe (gleichfalls von Verletzungen herrührend). Geringer Callus am oberen Drittel des Radius links fühlbar. Auffallende Beweglichkeit des linken Handgelenks, Muskelatrophie nach dem Typus Duchenne-Aran (links ausgesprochen, rechts im Beginn) mit quantitativen und qualitativen Veränderungen der elektrischen Erregbarkeit und ausgedehntem fibrillären Muskelzittern am ganzen linken Arm bis zur Schulter hinauf. Bei nicht nachweisbarer Beeinträchtigung der tactilen Hautempfindlichkeit deutliche Hypalgesie für Nadelstiche im oberen Brustgebiet und am Halse (westenförmig) und beiden Armen, ohne scharfe Abgrenzung und zeitlich wechselnd. An der Hand und der inneren Seite der Arme ist sie viel intensiver als an der Aussenseite und der Schulter. Wesentlich in demselben Hautgebiet wird „heisse“ und „kalte“ Berührung als „lau“ resp. „warm“ bezeichnet. Die übrige Körperhaut ist eher überempfindlich. Druck auf die nicht verdickten Nv. ulnaris ist nicht schmerzhaft. Sehnenreflexe an den oberen Extremitäten nur vom Triceps rechts zu erhalten, die der unteren sind sehr gesteigert (links Patellar- und Fussclonus). Bei passiven Bewegungen der Arme begegnet man, besonders links, einem gesteigerten Widerstand. Die activen Bewegungen erfolgen allseitig mit guter Kraft.

Die Hände sind auffallend kühl und cyanotisch, die Volae schwielig. Gesteigerte vasomotorische Erregbarkeit der Haut an den Armen und am Rumpf.

Linke Lidspalte und Pupille deutlich enger als die rechte, Levator palpebrarum nicht paretisch, ebenso nicht Orbicularis oculi. Pupillen verengern sich prompt. Augen-, Gesichts-, Zungen- und Gaumenbewegungen nicht beeinträchtigt. Mundbewegungen ungeschickt, rechter Mundwinkel beim Sprechen etwas mehr bewegt als linker. Lippenschluss kräftig. Die elektrische Untersuchung ergiebt keine Differenz beider Seiten. Keine Blasen- und Mastdarmstörungen. Innere Organe ohne pathologischen Befund. Alter Leistenbruch links. Kein Fieber.

Juni 1896: Nach Angabe des Kranken hat die Schwäche im linken Arm sehr erheblich zugenommen und sich auch im rechten immer mehr fühlbar gemacht. Dies gilt besonders für die Hand- und Fingerbewegungen. Er kann sich jetzt nicht mehr allein waschen und ankleiden. Er ist von schmerzhaften Empfindungen verschont geblieben, hat sich aber öfters Brandwunden zugezogen, auf die verschiedene frischere und ältere Narben an den Armen und am Rücken hinweisen.

Der linke Ober- und Unterarm sind um 2—3 cm dünner als die der rechten Seite. Die kleinen Fingermuskeln links sind jetzt in hohem Grade atrophisch und functionsunfähig (ausgebildete Krallenhand). Beugemuskeln der Finger und der Hand, Heber des Armes und Schultermuskeln schwach. Rechts ist der erste Interossealraum eingesunken, die Thenarmusculatur sehr schlaff. Die Bewegungen der kleinen Fingermuskeln sind nur sehr unvollkommen möglich (leichte Krallenstellung). Auch in den Bewegungen des rechten Oberarms ist eine Schwäche deutlich zu erkennen. Ausgedehntes fibrilläres Muskelzittern an beiden Armen und in der Schulter- und Nackenmusculatur. Die elektrische Untersuchung ergiebt eine dem Grade der Atrophie i. G. entsprechende Herabsetzung der Erregbarkeit, bei galvanischer Reizung in den atrophischen Muskeln zum Theil träge Zuckungen. Die Bewegungen sind in den Armen und Beinen nicht ataktisch. Die grobe Kraft ist in den letzteren nicht wesentlich beeinträchtigt. Der Gang ist etwas spastisch. Die Sehnenphänomene sind an den unteren Extremitäten sehr gesteigert (deutliches Nachzittern, rechts eher noch mehr als links, beiderseits Fussclonus — links anhaltender als rechts), an den oberen nur am Triceps rechts zu erhalten. Bei normaler Berührungsempfindlichkeit besteht eine hochgradige Hypalgesie an den Extremitäten, am Rumpf, oberhalb des 5. Intercostalraums und am Halse bis zu den Ohren hinauf (Trigeminusgebiet frei). Nerven nirgends verdickt, nirgends druckempfindlich. Linke Lidspalte und Pupillen kleiner als rechts. Pat. schwitzt auf der rechten Gesichtsseite stark, links nicht.

Dem Kranken, welcher bis jetzt eine Unfallrente für eine Erwerbsbeschränkung von $66^2/_3$ pCt. erhielt, wird eine solche von 100 pCt. zuerkannt.

October 1897: Die Muskelatrophie hat weitere Fortschritte gemacht. Beiderseits ausgesprochene Krallenstellung der Finger, hochgradige Schwäche der langen Fingermuskeln und des Biceps; Atrophie und Parese der Nacken- und Schultermuskeln, speciell des Cucullaris, der Infraspinati. Ausgesprochenere Veränderungen der elektrischen Erregbarkeit, fibrilläres Muskelzittern. Sehnenphänomene nur vom Triceps rechts deutlich zu erzielen. Spasmen in den Beinen, keine Atrophie, keine auffallende Schwäche. Patellarsehnenphänomene beiderseits mit lebhaftem Nachzittern, Fussclonus. Patellarreflexe vorhanden, Cremaster-Reflexe nicht deutlich (grosse Hernie), Bauchreflexe desgleichen.

Keine Beeinträchtigung der Empfindlichkeit für tactile Reize und passive Lageveränderungen der Glieder. Pinselberührungen und Stieldruck werden überall gut

von einander unterschieden. Starke Hypalgesie für Nadelstiche an beiden Armen, am Halse und Ohre (Trigeminusgebiet scheint frei) und an der Brust, nach unten allmälig abklingend, deutlich nachweisbar bis etwa zur 6. Rippe, aber auch am Abdomen bis zur Inguinalgegend in leichtem Grade vorhanden. Im Gesicht und an den Beinen eher Hyperalgesie. Totale Analgesie unter der 2. Rippe, am Innenrande des Biceps, an der ulnaren Seite des Vorderarms und der Hand (auch bei faradischer Reizung bei ORA kein Schmerz, nur Kribbeln. Tiefe Stiche nicht empfindlich. In dem Gebiete der Hypalgie auch Thermohypaesthesie, aber nicht so intensiv, wie erstere. Ausgesprochene Dermographie.

Kein Ausfallen der Haare, der Cilien. Augen- und Mundschluss kräftig. Rechter Mundwinkel wird beim Sprechen und Lachen mehr gehoben als links. Keine deutliche Lähmung. Augen- und Zungenbewegungen nicht beeinträchtigt. Keine Sprach- und Schluckstörung. Acute Pharyngitis. Gaumen- und Rachenreflexe lebhaft. Das Facialgebiet ist beiderseits direct und indirect gleich gut erregbar.

Keine Blasen- und Mastdarmstörungen. Knotige Hautverdickung über dem rechten Olecranon. Frische nässende Hauterosion am linken Rücken. .Kleine Knoten am inneren Rande des M. biceps sin. zu fühlen.

Bei dem fast drei Jahre lang beobachteten Kranken finden sich, kurz zusammengefasst, folgende Krankheitserscheinungen: progressive degenerative Muskelatrophie, an den kleinen Handmuskeln der linken Seite beginnend, bald auch die der rechten und im weiteren Verlaufe die beiderseitige Arm- und Schultermuskulatur befallend, partielle Empfindungsstörung für Schmerz- und Temperaturreize in demselben Gebiet d. h. im Bereiche der Cervical- und oberen Dorsalsegmente, ungleichmässige Steigerung der Sehnenphänomene an den Beinen, Verkrümmung der Wirbelsäule, schon anfangs linksseitige Sympathicuslähmung, vasomotorisch-trophische Störungen an den Armen; jetzt Hyperhydrosis der rechten Seite.

Ein derartiger Symptomenkomplex muss nothwendig auf eine primäre Erkrankung in den centralen Theilen der Cervikal- und oberen Dorsalsegmente des Rückenmarks zurückgeführt werden. Derselben liegt ein ausserordentlich chronisch und stetig progressiv verlaufender Krankheitsprocess zu Grunde; dies lehrt nicht nur unsere eigene Beobachtung, sondern auch eine genaue Berücksichtigung der Anamnese. Denn ohne die Annahme, dass seine Krankheit schon vor 1891, wenn auch dem Kranken selbst unbemerkt, bestanden hat, bleibt der eigenthümliche Hergang des damals erlittenen Unfalls ganz unbegreiflich. Nur unter der Voraussetzung, dass damals bereits eine abnorme Knochenbrüchigkeit und eine starke Herabsetzung der Schmerzempfindung bestanden, lässt es sich verstehen, dass eine ganz geringe Erschütterung zu einem Radiusbruch, noch dazu an einer sehr ungewöhnlichen Stelle des Knochens, führte und dass diese schwere Verletzung fast gar keine Beschwerden verursachte. Vielleicht sind auch die Geschwürsnarben am Rücken und an den Armen Zeichen dafür, dass seine Krankheit schon Jahre lang bestanden hat.

Unter diesen Umständen, bei Berücksichtigung des klinischen Symptomenkomplexes und des ganzen Krankheitsverlaufes, sind wir auf Grund unserer bisherigen neurologischen Kenntnisse berechtigt, die Diagnose auf eine centrale Gliose resp. auf Syringomyelie zu stellen.

Andererseits kann mit derselben Bestimmtheit die Annahme zurückgewiesen werden, dass hier eine primäre Affektion der peripherischen Nerven vorliegt. Hierin liegt aber nach unseren bisherigen Erfahrungen der wichtigste klinische Anhaltspunkt für oder gegen die Annahme einer Lepra nervosa. So lange es nicht durch eine einwandsfreie pathologisch-anatomische Untersuchung nachgewiesen wird, dass die Lepra die Ursache einer reinen Syringomyelie sein kann, wie dies von manchen Seiten für wahrscheinlich erklärt wird, haben wir, glaube ich, keine Veranlassung, die durch zahlreiche positive Befunde gestützte und z. Z. von der Mehrzahl der Autoren vertretene Ansicht aufzugeben, nach der die Lepra nervosa in erster Linie eine multiple Affektion der Haut und peripherischer Nerven ist im Gegensatz zur Syringomyelie, welche ihren Ausgangspunkt von den centralen Abschnitten bestimmter Rückenmarkssegmente nimmt. Auf der Verschiedenheit des klinischen Symptomenkomplexes, wie er sich aus der verschiedenartigen primären Lokalisation des Krankheitsprocesses ergiebt, beruht die Möglichkeit einer Differentialdiagnose.[1])

Ob diese anatomische Grundlage für jeden Fall eine richtige ist, bleibt der weiteren Forschung vorbehalten. Vorläufig besteht sie jedenfalls noch zu Recht. Auch die interessanten Befunde von medullären Zellen- und Strangveränderungen und Wurzeldegenerationen bei Leprösen (Jeanselme, Babes etc.) stossen sie nicht um, wenn sie uns auch veranlassen müssen, in der differentialdiagnostischen Verwerthung mancher medullärer Rückenmarkserscheinungen besonders vorsichtig zu sein.

1) In einer im Januar dieses Jahres erschienenen Arbreit („Lepra und Syringomyelie. Differentialdiagnostische Bemerkungen.“ Berliner klinische Wochenschrift. 1897. No. 3), habe ich mich, gestützt auf ein eingehendes Literaturstudium und auf eigne an Syringomyelie-Kranken gesammelte Erfahrungen, bemüht, eine kurze, aber möglichst übersichtliche Zusammenstelluug der für die Differentialdiagnose wichtigen Gesichtspunkte zu geben. Da ich mich bezüglich der Lepra wesentlich auf die literarischen Mittheilungen der Lepraforscher verlassen musste, konnte ich darauf gefasst sein, dass ich gewisse symptomatische Besonderheiten der Lepra nervosa überhaupt nicht oder aber wenigstens nicht genügend betonen und deshalb vielleicht eine zu scharfe Gegenüberstellung der beiden Symptomencomplexe geben würde. Um so überraschender ist mir der jüngst von Baelz (Tokio) — „Zur Lehre von der Lepra und ihrer Behandlung“, Berl. klin. Woch. 1897, No. 46, 47 — gemachte Vorwurf, dass die von mir für die Trennung beider Krankheiten angegebenen Gründe „ziemlich schwach“ seien, und ich das wohl auch selbst gefühlt habe. Eine derartige Kritik, welche einem wissenschaftlichen Arbeiter vorwirft, er sei für eine Auffassung eingetreten, an die er selbst nicht geglaubt habe, kann kaum ernst genommen werden, um so weniger in diesem Falle, wo B. angeblich im Gegensatz zu meinen Behauptungen als wirkliche und wesentliche Unterschiede grade die Merkmale hervorhebt, welche ich u. A. besonders betont habe, d. h. „die Nervenverdickung, die Pigmentirung der Flecke, die Knoten, die ganz irreguläre Vertheilung der hyperästhetischen Flecke, die Betheiligung des Gesichts, den Bacillenbefund. Den von ihm in den Vordergrund gestellten Gesammtausdruck „der sozusagen reflectorisch die Vorstellung der Krankheit erweckt“ habe ich allerdings nicht erwähnt. Die von ihm, als einem erfahrenen Lepra-Kenner im Verlauf seines Aufsatzes mitgetheilten Hilfsmittel der Differentialdiagnostik sind eine werthvolle Bereicherung unserer diagnostischen Kenntnisse, widerlegen aber keineswegs die Richtigkeit der in meinem Aufsatze als wesentlich bezeichneten Unterscheidungsmerkmale.

Wer sich auf diesen Standpunkt stellt, wird sich nicht eher davon überzeugen lassen, dass ein Kranker mit ausgesprochenen, nicht complicirten Erscheinungen der Syringomyelie ein Lepröser sei, als bis bei diesem entweder Leprabacillen oder aber wenigstens gewisse allein bei dieser Krankheit beobachtete Krankheitszeichen sicher nachgewiesen werden.

Bei unserem Kranken wurden nun folgende Punkte als mehr oder weniger für Lepra nervosa sprechend hervorgehoben:

1. Eine über dem rechten Olekranon befindliche knotige Hautverdickung ist wahrscheinlich ein Lepraknoten.

2. Eine frische Erosion der Rückenhaut ist wahrscheinlich die Folge einer geplatzten leprösen Pemphigusblase.

3. Im Verlaufe der Nn ulnares, besonders des linken, sind Verdickungen zu fühlen (Perineuritis leprosa).

4. Eine linksseitige Facialislähmung.

Alle diese Momente wurden von den Vertretern der „Syringomyelie" als nicht beweisend für eine lepröse Erkrankung angesehen. Denn:

1. die Gegend des Ellbogens ist Druck und leichten Verwundungen, besonders bei Analgesie der Haut, so sehr ausgesetzt, dass auch ein anderer Reiz, als der lepröse, die Ursache der Hautverdickung sein kann.

2. Der Kranke behauptet, sich durch Anlehnen an einen heissen Ofen vor einigen Tagen eine Brandblase zugezogen zu haben, die hinterher geplatzt sei. Wir beobachten bei Kranken mit Syringomyelie einen derartigen Vorgang so häufig, dass die Erosion auch ohne Lepra verständlich wird.

3. Eine auffallende Verdickung im Verlaufe der Nn ulnares ist keineswegs von allen Anwesenden gefühlt worden.

4. Die Facialislähmung beschränkt sich lediglich auf eine etwas ungeschicktere Innervation der linken Lippenmuskulatur. Eine ausgesprochene Lähmung lässt sich nicht feststellen (auch die elektrische Untersuchung ergiebt keine Anhaltspunkte hierfür). Wenn es sich wirklich um eine beginnende organische Facialislähmung handelt, so kann diese ebenfalls, vielleicht sogar mit mehr Recht, auf eine solche bulbären Ursprungs zurückgeführt werden, besonders, wo, wie hier, aus den übrigen klinischen Erscheinungen geschlossen werden muss, dass die centrale Erkrankung sich bis nahe der Medulla oblongata ausgebreitet hat und wo die obere Gesichtsmuskulatur ganz intact geblieben ist.

Aber noch stand eine Untersuchung auf Lepra-Bacillen aus. Diese ist jetzt nachgeholt worden, und zwar verdanke ich dieselbe dem liebenswürdigen Entgegenkommen des Herrn Professor Dehio (Dorpat). Herr Professor Hildebrandt hatte 2 Tage nach der Sitzung die Freundlichkeit, in der chirurgischen Poliklinik der Charité (Geheimrath Koenig) den rechtsseitigen Hautknoten auszuschneiden, sowie den linken N. ulnaris freizulegen. Er fand letzteren nicht verdickt, stiess nur auf zwei nahe dem Nerven gelegene linsengrosse Drüsen und exstirpirte diese ebenfalls. In den von dem Hautknoten und den Drüsen ange-

fertigten Schnitten hat nun Herr Professor Dehio nach Färbung Ziehl-Neelsen trotz gründlichster Untersuchung ebenso wenig Leprabacillen gefunden, wie ich selbst, auch nach Anwendung der von Arning empfohlenen Färbungsmethode (langsame Verdrängung des Carbolfuchsin durch Methylenblau bei Vermeidung von Säurezusatz) gelang mir dies nicht. Das gleiche negative Resultat ergab meine Untersuchung von Blutpräparaten. Endlich kann ich noch mittheilen, dass Herr Dr. Sticker (Giessen) in der Nase des Kranken weder eine Läsion noch Leprabacillen gefunden hat.

Official Reports presented to the Government of the Cape Colony upon the serum treatment of Leprosy.

By

Walter H. Atherstone and **R. Sinclair Black** (Robben Island).

To the Honourable the Colonial Secretary, Colonial Office, CapeTown.

Sir,

We have the honour to forward to you our report on experiments which we have made at your request on the treatment of Leprosy by the Sera prepared by Doctors Carrasquilla and Herman. We have also reported on some control experiments which we made at the same time.

Appended to our report will be found temperature charts and photographs of the patients experimented upon[1]).

We have the honour to be,

Robben Island, Sir,

May 15th 1897. Your obedient servants,

(Signed) Walter H. Atherstone M. B.

„ R. Sinclair Black M. B., D. P. H.

Preliminary report on the experimental treatment of leprosy by serum.

In January 1897 we received, through the Commissioner of Robben Island, a quantity of serum, called anti-leprotic serum, prepared by Dr. Juan de D. Carrisquilla of Bogata, Republic of Columbia, South America.

Beyond the fact that Dr. Carrisquilla is, apparently, the head of an Institution in Bogata, entitled the Carrasquilla Institute, and which so far as we can judge is a Bacteriological Institute, and that he has from his own account large experience in the treatment of leprosy which is wide-spread, and still spreading in Columbia, we have no knowledge of his credentials or professional estimation. The amount of his serum which was forwarded to us is altogether about 350 c. c. It was packed with great neatness in blocks of wood excavated with cylindrical compartments to hold firmly, bottles containing 10 c. c. each of the serum.

Three such blocks were forwarded to us, each block containing

1) It has been found impossible to reproduce the temperature charts and the majority of the photographs. (Ed.)

twelve bottles; thus there ought to have been 360 c. c. of the serum at our disposal, but owing to some of the bottles containing less than 10 c. c., there was not altogether more than between 340 to 350 c. c. The bottles from the Carrasquilla institute were corked with white india-rubber corks, which were covered with thin gutta-percha tissue fixed to the bottle with fine wire, to which was affixed a metal label with the title „Institute Carrasquilla“ on it in relief, there was no date on the labels of these bottles so that taking the time of transmission from South America to London and thence to Cape Colony with the necessary delays on the way. from the start till their use on Robben Island, they must have been at least four months old. Notwithstanding this, there were only six bottles rejected by us as unfit for use. The others were all aseptic, the colour of the serum varied somewhat in different bottles. In some it was a clear amber colour and slightly viscid, others had a greenish tinge and were more watery; there was a strong smell of camphor in all used; there was a slightly sickly odour observable in a few, but it was not a septic odour. In all there was a slight deposit probably consisting of camphor grains and some albumenoid matter. The rejected bottles had an odour of decomposition.

That the serum was well preserved is evident from the fact that in all the injections only one was followowd by the formation of an abscess, and that only a slight one, which was soon absorbed without the breaking of the skin. There is no reason either to suppose that the serum lost any antitoxic qualities which it may have possessed in keeping, for it is a known fact that diphtheria antitoxin has been sent on a voyage round the globe and after the lapse of a year has been fully active.

About the same time as Carrasquilla's serum arrived, a quantity of serum entitled „Anti-leprotic serum“, was sent to us through the Commissioner to be used experimentally, from Dr. Lawrence Herman of Cape Town, who had prepared it in London. The total quantity of this serum was about 280 c. c. preserved in ten c. c. bottles; it was preserved with Thymol and was perfectly clear and transparent with the exception of a few bottles which were opalescent and which we therefore rejected as unfit for use.

We examined the serums before use microscopally for bacteria, and the fluids we injected, we found were sterile. Dr. Herman did not state how his serum was prepared, his bottles were labelled „Anti-leprotic serum, C. L. Herman, St. Bartholomew's, December the 20th, 1896“. No local inflammatory reaction whatever resulted from the injection of this serum.

Briefly the account which Carrasquilla gives of the preparation of his serum is as follows: An actively leprous subject is bled, the blood allowed to coagulate and a clear serum drawn off, Carrasquilla states that he has selected his subjects for bleeding at periods when the leprotic infection shows evident signs of activity and inflammatory progress, he says „My wish was to select the patient to be bled so as to avail myself of one of those periodical exacerbations offered by the disease, for I think that the blood then contains greater

toxic properties. (3rd report to the National Academy of Medicines at Bogota). In this I was guided by Dr. Richets' method who always selected the period of greatest activity of syphilis to bleed the patient," but he goes on to state that owing to lack of suitable subjects, he was unable to avail himself of such favourable periods in the patients whom he bled, so that we are led to infer that he simply got his human serum from well marked cases of leprosy and not from patients suffering at the time from leprotic fever; he then refers to the different qualities of the serum according as the patient is severely affected by the disease or not, in the former case the serum being clouded or greenish coloured with an unpleasant smell, in the latter case it being clear and easily preserved, but in two cases of healthy arrested anaesthetic leprosy which we bled at Robben Island for the purpose of obtaining material for experimental injections the sera were markedly difference in appearance, the one being clear, the other turbid; this different being probably due to the recently absorbed chyle. He bled his subjects to the extent of 250 c. c. and when the serum had separated from the clot preserved it with camphor in the usual way; his next step was the injection of this human serum into a horse, his usual practice was to give the horse three injections at intervals of ten days and to bleed the horse ten days after the last injection, after which he repeats the same process; he injects 30 c. c. of human serum at each time that is to say 90 c. c. is injected every month and then at the end of the month the animal is bled and so on, at the end of each month obtaining a more active serum progressively; thus he states that whereas at the first bleeding of a horse 20 c. c. of its serum could be injected for a dose, the later bleedings of the same horse would provide a serum so effective that 5 c. c. would be an adequate dose. It is this strong aerum preserved with camphor and sent out in 10 c. c. bottles he calls his anti-leprotic serum.

The principle on which Richets bases the efficacy of his Anti-Syphilitic Serum, and Carrasquilla in his footsteps his Anti-Leprotic Serum is as follows: The serum of a fowl which is naturally immune to tetanus cannot produce immunity in animals susceptible to tetanus; but if a dose of tetanus toxin be given to the fowl its serum immediately assumes antitoxic properties. Acting on this analogy Anti-Syphilitic serum has been prepared by injecting an immune animal with the serum of a person suffering from syphilitic fever and it is evidently on the same principle that Carrasquilla produces his Anti-Leprotic serum. We, however, are not aware that the Anti-Syphilitic serum thus produced has so far commended itself as to hold a recognised place in therapeutics, at any rate the toxic qualities of Leprotic-Serum must be very virulent if 90 C. C. is sufficient in a month to produce an active antitoxin in so large an animal as a horse; we know that the toxine of diphtheria is a very active poison and yet it needs 1000 to 2000 C. C. to produce an active antitoxine in the blood of that animal.

We will now briefly refer to Carrasqilla's account of the therapeutic action of his Anti-Leprotic serum. He begins by injecting

into a leper 1 to 3 C. C. of the camphorated horse serum gradually increasing the dose up to 5 C. C. and injecting on alternate days.

From his description of the results of his treated cases they were evidently well marked and advanced examples of leprosy and it was this fact that led us to select pronounced cases for our experiments, he says „On September 30 th, 1895 I began the treatment of a patient affected with tubercular leprosy in a very advanced stage, he had at that date his forehead covered with a tubercular mass extending from the eye-brows to the hair and from one to the other temple, many disseminated tubercules on the cheeks, and all over the limbs, big blotches all over the body, hard oedemas, insensibility of nearly the whole of the skin.“

This must indeed have been an aggravated case, yet in a week, according to Carrasquilla's account, a most marked general improvement was evident and at the end of a month „the leonine face bulky, reddish, has now become thin, full of wrinkles, and pale, instead of tubercular masses there are now yellow spots the ulcers have become covered with healthy skin, the patient sleeps all night with a sense of peace.“ He describes several equally remarkable cures, and sums up the benefits of his treatment as follows:

1. Re-establishment of sensation.
2. Discolouration of blotches.
3. Disappearance of oedemas.
4. Disappearance of tubercles.
5. Healting of ulcerations.
6. Shrinking of face.
7. From the first injection the morbid process ceases.

This in November 1895 injecting at the rate of 90 to 100 C. C. per month with experience of fifteen patients.

His next report is June 1896 with experience of 100 patients and he still asserts in emphatic terms the benefits of his serum treatment, but he does not report a single case as actually cured after nearly a year's treatment; he lays a special stress on a febrile reaction occurring after the fifth or sixth injection accompanied by high temperature rigors, profuse perspiration, and rapidity of the pulse and this crisis he asserts to be a necessary concomitant of efficacious action of the serum.

In a Report dated 11th December, 1896, to the Minister of Foreign Affairs of Columbia he contents himself with saying that this treatment is highly beneficial, that it arrests the disease, and effectually relieves the patients, but he will not go so far as to say that a cure has been obtained, though he has by this time treated over 200 cases; we may here remark that Carrasquilla makes no reference to temperature charts, photographs or other clinical registers used during the course of his experiments.

Dr. Herman makes no reference to experiments with his serum with the exception of this use in a case of Leprotic-Fever in London, its injection in this case was followed by a fall of temperature. It is to be presumed that both Dr. Herman and Carrasquilla are still following up their experiments and it would therefore be advisable for

the Colonial Office to obtain further reports from these gentlemen for our information.

Wə have explained the reason why we selected pronounced cases for our experiments, otherwise we should be unable to check the results described by Carrasquilla, though, indeed, none of our cases were so violently attacked by leprosy as those he describes as obtaining so much benefit from his serum.

We treated two cases of tubercular leprosy with Carrasquilla's serum; and two cases, one of tubercular and one of Maculo-Anaesthetic leprosy with Dr. Herman's serum.

Photographs of these cases are annexed to our report and temperature charts. The temperature was carefully taken twice daily, morning and evening.

So far as possible the cases were selected from individuals without gross organic lesions. The three tuberclar cases were men walking about, and of strong physique. Of course being well marked cases they had some laryngeal ulceration and the pulmonary apparatus generally was evidently prone to catarrh and congestions.

We attribute a considerable amount of the temperature irregularity to this complication. The Maculo-Anaesthetic case was in bed for some time up till the injections began, suffering from Leprotic general Erythema and Asthenia. The urine was examined in all four cases and showed nothing abnormal.

The injections were all made into the comparatively lax subcutaneous tissue at the vertebral border of the scapula; only one of the very numerous injections was followed by the formation of an abscess and that was only a trifling one, which was soon absorbed without discharge. Carrasquilla describes his injectious as being followed by severe suppuration.

We used for the injections a syringe which we obtained from the Colonial Bacteriological Institute. These syringes, which held 10 c. c. each, were intended for the injection of Diphteria anti-toxine, and were enclosed in metal cases so as to be boiled before use. We found that they acted very well, but soon wear out after about a dozen injections. We boiled the syringes before and after use. The skin of the patient at the site of inoculation was always previously cleansed with a one in a thousand solution of perchloride of mercury, and after the injection the puncture was sealed with collodion. Our precautions were rewarded by the absence of all septic sequelae. The newly appointed Laboratory Attendant Mr. Curlewis was of much assistance in carrying out the routine work of injection under our supervision.

Description of experiments.

As we have above stated, the four cases we selected for the injection of Carrasquilla's and Herman's Serum were all well marked and unmistakeable examples of Leprosy, three were Tuberclar cases and one anextremely characteristic case of Maculo Anaesthetic Leprosy. Two of the Tubercular cases we injected with Carrasquilla's Serum as he made special reference to the action of his Serum on Tuberculous cases; Dr. Herman's Serum we

used in a Tuberculous and in an Anaesthetic case. Carrasquilla in his reports makes no reference to control experiments with pure Horse Serum and therefore we thought it advisable to have a control experiment with Horse Serum. Dr. Herman made no reference in his letters to us as to the manner in which his Serum was prepared, and we therefore thought that it might be advisable to use the pure Serum of the Ass, as well as the Horse in our control experiments. If these injections with Horse and Ass Serum gave no results with regard to Leprosy, they would at least be interesting as to the action of Animal Serums injected for lengthened periods into the Human subject. We also thought that we would undertake the experiment of injecting the Serum of a healthy subject who had Anaesthetic Leprosy in a stage of complete arrest into a Leper suffering from Leprosy in a markedly Tuberclar form, for it is to be presumed that if Leprosy is arrested in an individual who has contracted it, this arrest is due to some resistive agent in the infected individual. There might be the possibility of the formation of a Leprotic Antitoxine in the blood and we therefore thought it well to experiment on this supposition. Records of these control experiments which were purely tentative will be found in an appendix to our report.

Physical condition of cases experimented on.

1. P* P*: form of disease, Tuberculous. Duration of disease, six years. Supposed to have been infected from his wife who was a Leper. This is a very marked case of Tuberclar Leprosy, the whole face is studded with hard Tuberclar nodules, on the nose there are superficial ulcerations, the lips are swollen, the ears are thickened, the tongue, palate and the fauces show thickening of the mucous membrane and extensive ulcerations, the voice is hoarse, the skin of the neck thickened and wrinkled, over the chest there are plaques of thickened and livid coloured skin and this condition extends down as far as the umbilicus, the skin of the arms shows raised and thickened plaques, the hands are swollen with numerous superficial ulcerations, there is Anaesthesia of the skin below the elbows, the legs show precisely the same conditions as the arms, and the skin below the knees is Anaesthetic, the back of the head and neck shows tubercles and thickened hard plaques, the back is studded with small thickened plaques of skin and numerous pigmented Maculae.

This subject is, however, a man of powerful physique who is able to walk about and occupy himself in useful work. He enjoys good health except when affected with catarrhal inflammations due to the ulcerated condition of his larynx. He was inoculated with Dr. Herman's Serum having 21 injections in a period of 50 days, the total amount injected being a little over 100 C. C. His temperature on the whole kept fairly regular hardly ever exceeding 100 degrees Fahrenheit. There were some rises of temperature certainly due to the Serum, but they were slight and unimportant. At the end of the injections we could not say that his condition was improved in any respect in any appreciable degree, he however described himself as feeling distinctly better and stronger.

Case 2. S* T*: Suffering from Maculo-Anaesthetic Leprosy of four years duration; no family history of infection obtainable. Forty years of age. This, as the photograph will show, is a remarkably well marked case of Maculo-Anaesthetic Leprosy. Condition at commencement of injections — General Erythema of face and neck, skin of face blotchy and thickened, vertex and eyebrows void of hair, hair on face extremely scanty slight paresis of eyelids, skin of neck thickened and red, the skin of the whole body arms, trunk and legs before and behind was covered with numerous patches red raised of various sizes and markedly Anaesthetic, the cuticle of the patches was scaly and round the edges of most of the patches there was a light coloured margin, many of the patches also showed the Leucodermic change in their centres, the appearance of the patches are so well exhibited in the annexed photographs that further description is unnecessary. The skin of the arms and legs below the elbows and knees respectively was Anaesthetic, the fingers were contracted and the left wrist showed the characteristic droop of Peripheral Paralysis. At the time of injection this patient was confined to bed suffering as we have above stated with marked general Erythema and Asthenia. His temperature had been taken for a considerable period and showed no special irregularity. There has been rapid wasting of the muscles of the arms in particular the left fore-arm muscle. This patient was, like the previous one, injected with Dr. Herman's Serum having 19 injections in all extending over a period from February 7th to March 28th. The temperature curve towards the middle period of inoculation was raised for some days to 101 degrees Fahrenheit, and a few days subsequent to this rise there was a recrudescence of the general erythema which had previously abated, the temperature then fell and showed nothing remarkable for a considerable period afterwards.

At the end of the injections this patient showed a marked general improvement in his physical condition, he was stronger, fatter, was able to leave his bed and walk about, the power returned to the left fore-arm, so that he was able to raise the paralysed wrist as shown in the photograph, a very marked change also made its appearance in the condition of the patches; the leucodermic margins and centres continued progressively to encroach on the livid areas of the patches and there was a slight decrease of the Anaesthesia in some of the patches, this decrease of Anaesthesia was not confined to the patches near the site of injection. He also thought that his feeling in the hands and feet was considerably improved; the photograph very clearly shows the changes referred to in the appearance of the patches.

In our remarks on the general results of our experiments we will discuss the question whether the general improvement described above was due to the injections or not.

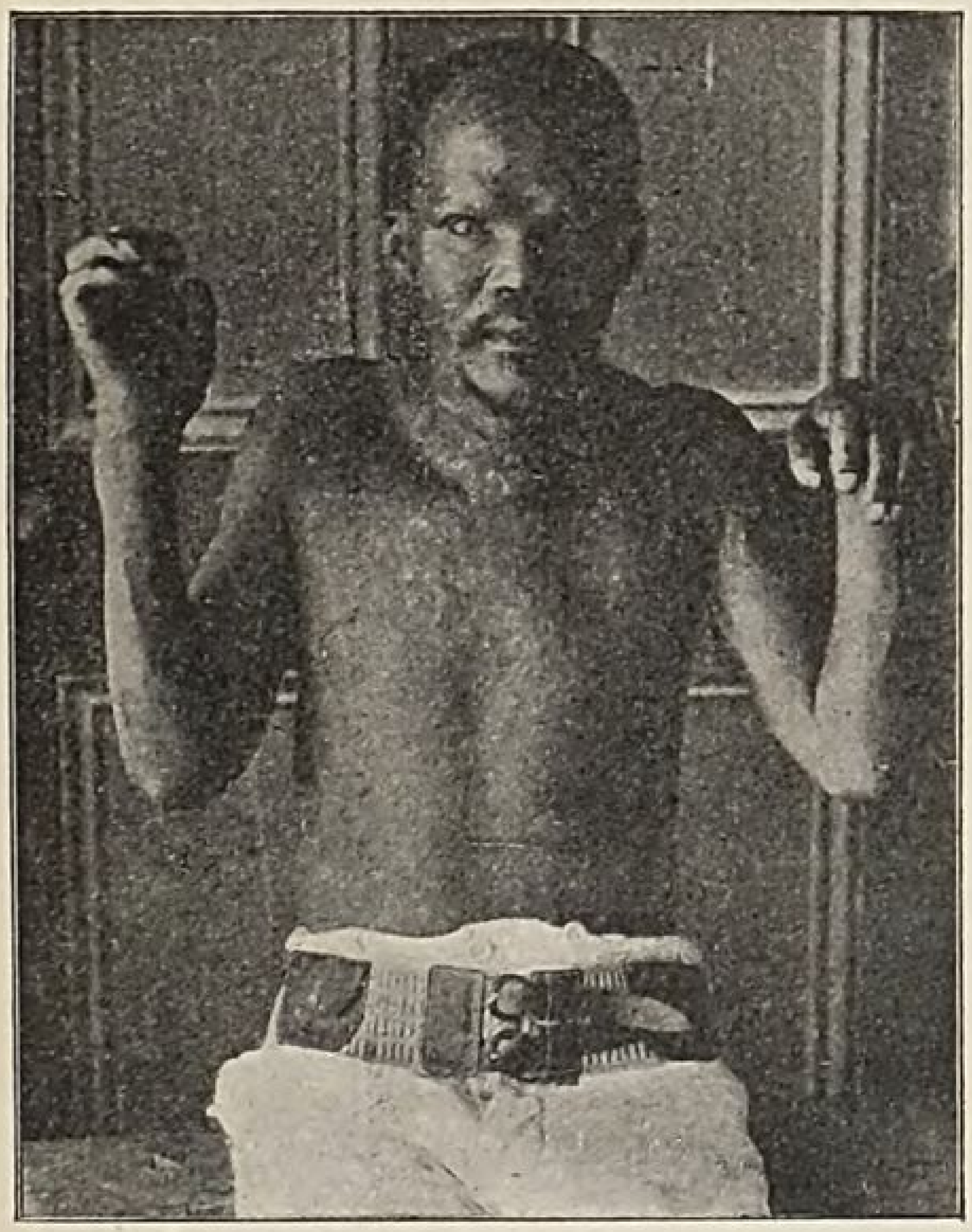
Case 3: D* de V*. Form of disease, Tubercular. Duration of disease, 6 years.

Attributes his infection to exposure to cold.

No hereditary history obtainable.

Condition before injection: A stout man of fairly good physique

Fig. 1.



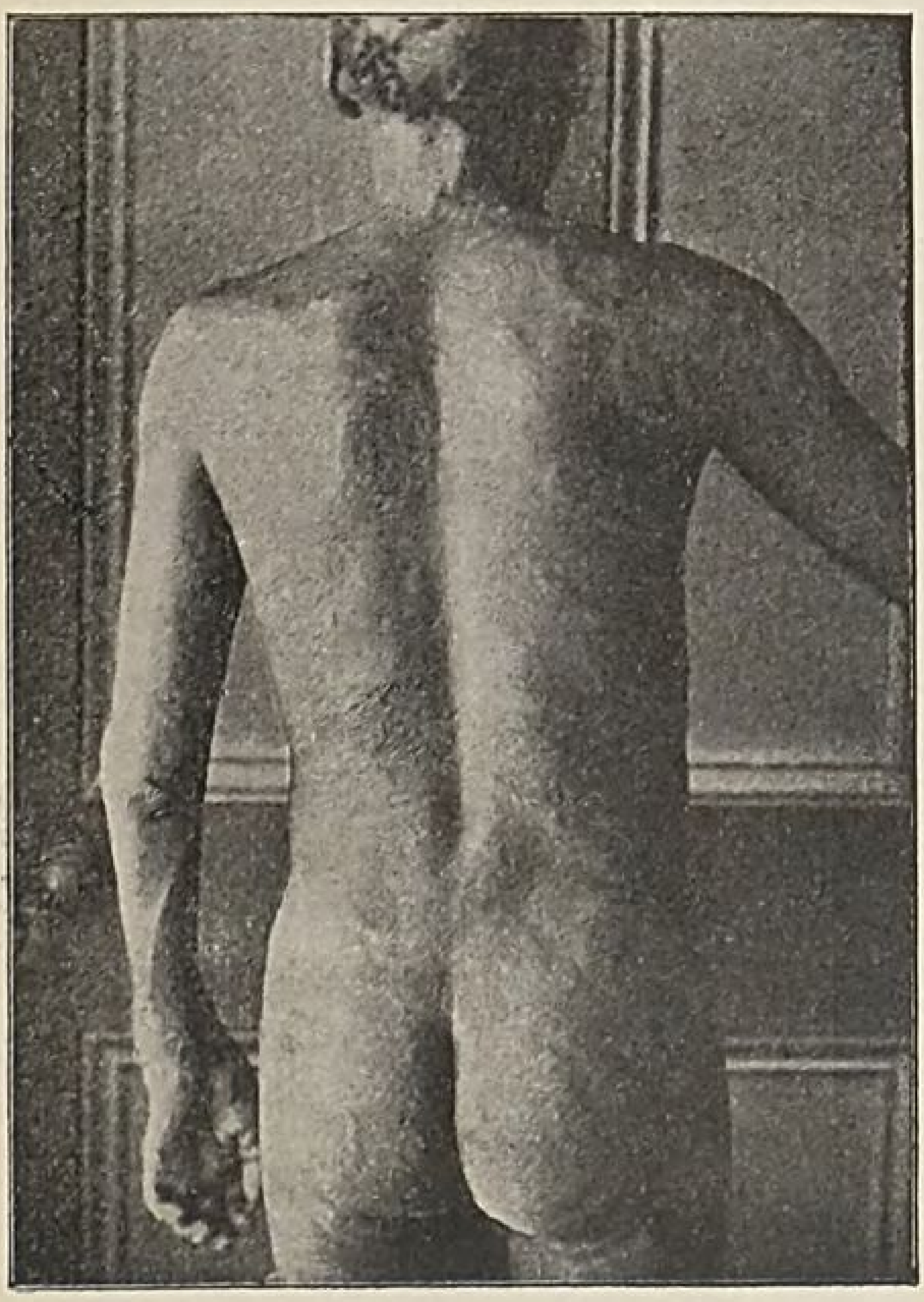
Trompeter before inoculation with Dr. Herman's Serum.

Fig. 2.



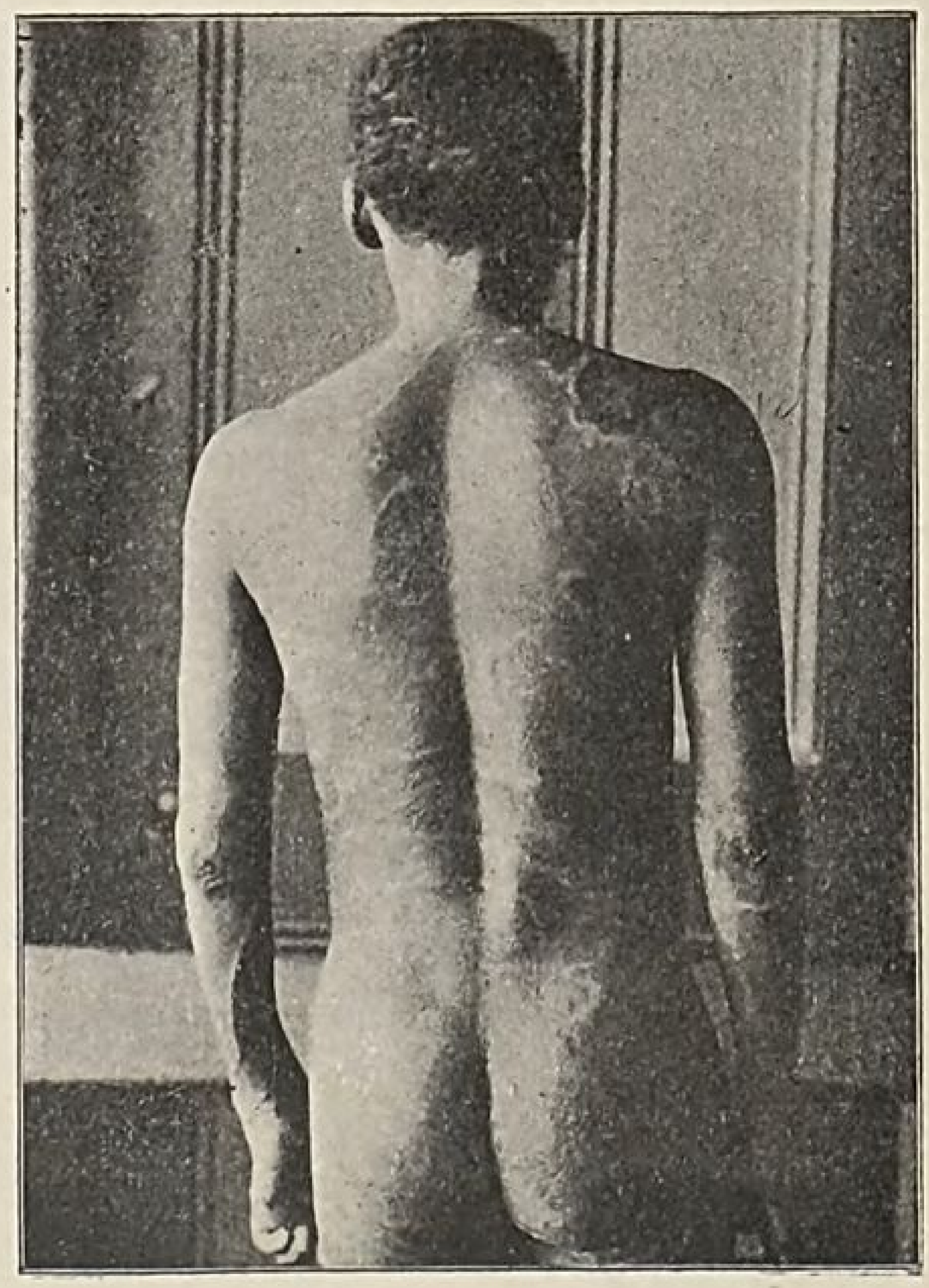
Trompeter after inoculation with Dr. Herman's Serum.

Fig. 3.



Trompeter before inoculation with Dr. Herman's Serum.

Fig. 4.



Trompeter after treatment with Dr. Herman's Serum.

and fit for employment in useful occupations. Hair thin, ears greatly enlarged and swollen, face covered with thickened skin, the eyebrows devoid of hair, sub-cutaneous nodules on cheeks, thickened ridges on forehead, nose and lips thickened, lower part of face almost devoid of hair, mucus membrane of tongue, palate and fauces thickened and ulcerated, the voice low and harsh from laryngeal ulceration, over the chest arms, and trunks sides and legs there was distinct general Anaesthesia which was very marked below the arms and knees, the skin of the arms, legs, hand and feet was thickened and glossy, with numerous hard subcutaneous plaques of a livid colour scattered over its surface, the trunk and thighs showed numerous old leucodermic Anaesthetic spots.

This patient had altogether 20 injections of Carrasquilla's Serum extending over a period from February 16th to April 12th, for the first ten days marked irregularity of temperature appeared, the curve frequently rising to over 101 degrees Fahrenheit with the usual accompaniments of the febrile state, after that period the temperature approximated more to the normal condition till the 30th March when, and after which date, for the space of ten days a double quantity of the Serum was injected, this alteration had at first a marked alteration on the temperature which reached for several successive days 102 degress Fahrenheit, and then gradually subsided, at the periods of high temperature the patient complained of general Malaise.

After the injections were over, this patient described himself as feeling much better and stronger, he also stated that the skin of his face, arms and legs was in a healthier condition that it felt smoother and that he seemed to have more feeling in his hands which were less swollen. On examination it certainly seemed to us that the skin of the arms had a more healthy appearance, it looked less tense, and the subcutaneous plaques seemed to have undergone some degree of absorption. This is the most we can say for beneficial action of the Serum in this case.

Case No. 4. P. Q*. Aged 50 years A. Kaffir. Form of disease Tuberclar. Duration of disease 4 years.

No history of relatives affected obtainable.

Has suffered much from exposure.

Condition of patient on commencement of injections: Hair very thin, a large tuberclar plaque devoid of hair over the Occiput, eyebrows devoid of hair showing enormous Tuberclar ridges, large tubercles over cheek bones, nose greatly swollen and indurated, the ears much swollen, mucous membrane of tongue thickened and ulcerated, as well also the palate and fauces; the voice was low and husky from laryngeal ulceration, skin of arms and hands thick glossy and indurated, but there was little Anaesthesia in these parts; both feet were Anaesthetic and there were superficial ulcerations of the skin over the insteps; there was a certain amount of bronchial catarrh from which the patient had suffered for a considerable time, physically the patient was a powerful man but showed signs of wear and tear from the sufferings he had undergone.

In all this patient had 22 injections of Carrasquilla's serum

extending over a period from February 6th to April 11th. His temperature curve showed considerable irregularity, the temperature rising on several occasions to over 102 degrees, this was undoubtedly due to the effect of the injections but the bronchial catarrh to which he was subject was also a factor to be taken into consideration. In the middle of March he developed an abscess at the seat of one of the injections, but this was soon absorbed.

We were unable to find any beneficial result in this case from the injections, his face appeared a little less swollen but no other change was observable.

Subjective sensations of patients after the injections: The sensations which these four patients experience were very similar; a few hours after injection they felt a peculiar tense feeling throughout the whole body, and during the night after the injection they suffered much from headache and profuse perspiration; there is no doubt that the injections caused a slight febrile reaction, but we were unable to find anything like the crisis described by Carrasquilla in the second week of his treatment.

On comparing the temperature charts of the two patients injected with Carrasquilla's Serum and the two patients injected with Herman's Serum, the former Serum seemed to affect the temperature in a greater degree, and taking everything into consideration, we believe that this was due to a special property whatever it may have been in Carrasquilla's Serum, as we have above stated Dr. Herman did not inform us how his Serum had been prepared, we experimented with it at the request of the Colonial Office.

It is well known to anyone who has had a slight experience of Leprosy that this disease runs a very variable course, it has periods of rapid invasion; periods of latency and periods when marked improvement takes place without any treatment whatsoever, very few patients die from Leprosy but from some intercurrent disease which attacks their weakened systems, therefore in the small experience of the Serum treatment, which we have had, it would be presumption on our part to attribute any slight improvement which we have described in the above four cases to the action of the Serum.

It must be remembered that by the treatment the patients were, to a certain extent, raised from the depressing level in which they lived, that they were the object of daily individual attention, and that they therefore occupied a position of superiority to the other inmates of the wards. This in itself would be sufficient to account for a certain feeling of well being which these uneducated individuals would of course ascribe to the action of the injections.

In two of the cases that of T. injected with Dr. Herman's Serum and that of de V. injected with Carrasquilla's Serum some slight improvement was manifest. In the case of de V. the improvement was a very slight one, and consisted in a more healthy appearance of the skin, and the partial softening of the indurated plaque on the arms and face, but the general condition of this patient could not be said to show a marked improvement.

In the case of T. who was injected with Dr. Herman's

Serum a very marked improvement, as has already been, described was observable, he became stouter and more robust, the paralysis of the arms was diminished and the maculae all over the body showed improvement, both in sensation and diminution of area.

But it is to be remembered that Maculo-Anaesthetic Leprosy as contrasted with Tubercular Leprosy always shows a strong tendency to arrest. We could pick out many examples in our Wards where such an improvement as occurred under the Serum treatment took place in the ordinary course of the disease; it would therefore be, without a much more extensive experience on our part of this treatment, unjustifiable to ascribe the improvement in this case to the use of the Serum.

As we have above stated the remaining two cases shewed no special improvement of any kind.

It must however be remembered that the amount of Serum at our disposal for experiments was very limited, and we think that no definite statement should be made for, or against, the therapeutic value of these sera from our experiments. We hope that the Colonial Office will obtain for us a much larger supply of these sera, so that our experiments can be continued for a period of not less than a year. We will then be able to express a more definite opinion on their therapeutic value.

It seems to us that we might have injected much larger quantities at a time, but as we had a limited amount at our disposal we were compelled to adhere to the amounts laid down by Drs. Herman and Carrasquilla.

Dr. Herman in a letter to us referred to an experiment which he made on a case of Leprotic Fever with high temperature, after the injection of his serum the temperature in this case fell to normal; we also at the Female Wards injected a case with Herman's serum suffering from Leprotic fever with a temperature of 104 and the temperature rapidly fell after two injections, but we have seen other cases in the wards suffering from leprotic fever with an equally rapid fall of temperature without any other treatment that the ordinary Pharmacopoeal remedies.

We selected male cases for our experiments as we found that males were very willing to undergo this treatment whereas the females were most averse io the necessary procedure.

Appendix.

Experiments with the serum of the Horse and the Ass and with the serum from cases of arrested leprosy.

We remarked above that Carrasquilla had made no reference to control experiments with pure horses' serum or other serum; we therefore thought we would make some control experiments for our own satisfaction. We obtained pure horse and ass serum from the Bacteriological Institute, Grahamstown; we obtained the human serum from two cases of able-bodied lepers in whom the disease had been arrested for a lengthened period: they were well nourished individuals and had no open sores. We found it by no means easy to get such lepers to

acquiesce in the operation of blood letting, and it was only by a slight equivocation to the effect that the operation would conduce to their individual benefit that we obtained their consent. Forty ounces of blood were obtained from each case, taken in the usual way by a trocar from the median cephalic vein with aseptic precautions. About 150 c. c. of serum was obtained from each case; the serum in one case was cloudy, but in the other it was clear and transparent thus shewing that in healthy subjects the sera may differ in appearance from some cause the nature of which we have no certain knowledge. We preserved the serum in small bottles of 10 c. c. each, each with with camphor and kept it in the ice refrigerator; it remained perfectly aseptic until used.

It must be taken into consideration that with these injections in leprosy we are dealing with a disease of an entirely different character to those diseases such as Diphtheria where the injection of anti-toxin has been followed with such favourable results. Leprosy is an extremely protracted disease, and the lesions it produces are destructive to the human body, not so much by the production of an active general poison as by the mechanical effects, of the inflammatory new growths which exert pressure and which break down and ulcerate. We must not forget also that the bacilli of leprosy seemed to possess an extraordinary tenacity of life, that they are in large numbers contained in, and protected by cells, so that it must be imagined that the toxine they produce is a very weak one, otherwise the disease would be more rapid and fatal in its course; from these considerations it would appear that the attack of the bacilli by anti-toxic bodies injected into the blood stream is far from a hopeful method, and it is at any rate one which even if successful may be expected to necessitate a very protracted course of treatment.

It is also a method of treatment in which fallacies of deduction are very apt to be made, for leprosy often shows periods of great improvement, and even complete arrest, without other than purely hygienic treatment. Many of these arrested cases remain in our wards so that if we can imagine that the serum treatment brought such a degree of arrest of the disease as often normally occurs, it does not follow that the patients would be declared so far recovered as to be no longer isolated; but in spite of these considerations it is only right that the serum treatment should have a full and lengthy trial, and we hope that we may be permitted to continue our experiments for a year or eighteen months before expressing a definite opinion as to its utitlity.

The cases we selected for our control experiments were less advanced than those injected with Hermans' and Carrasquilla's sera, we gave a reason already why we chose our particular cases for these.

Case injected with horse serum.

P* A*. Age 25. Coloured. Form of Disease, Tubercular. Duration of disease 6 years. Condition of patient, strong, vigorous young man with no organic disease. Face, leonine. Skin of face indurated, swollen and livid, as is also the skin of hands, and feet, where there is a slight amount of

anaesthesia; the hair on the scalp is abundant, but the eyebrows and lower part of the face are devoid of hair. This patient has up to the present time had 13 injections of 10 c. c. each, on alternate days, of horse serum. The injections produced on several occasions a slight rise of temperature, and they were always followed by headache at night and profuse perspiration. We did not observe anything approaching such a crisis as was described by Carrasquilla; up to the present time no perceptible change is evident, but the patient says he feels stronger and better. We intend to continue the injections for a considerable period.

Case injected with Asses serum.

M* H* B*. Age 27. Coloured. Form of disease, Tubercular. Duration of disease, 2 years. Condition of patient — A stout active young man with no organic disease; hair on scalp fairly thick, but on lower part of face and eyebrows very thin. The face is covered with disseminated subcutaneous tubercles many of which are livid in colour. The skin of the arms and legs below the elbows and knees respectively is thick indurated, and on the arms numerous reddish subcutaneous plaques are to be seen. There is also slight anaesthesia of these regions. This patient up to the present time has had 14 injections, of 10 c. c. each, given on alternate days, of Asses' serum. A very marked rise of temperature increasing up to the 7th injection, when it reached $102^1/_2$ degrees Fahrenheit, occurred; the temperature then fell until the 12th injection when it rose to 102. This patient suffered from the most profuse perspiration with headache and malaise. No marked change is noticeable in his appearance, but he describes himself as feeling generally better and says that his skin is less tense. We intend to continue the injections for a considerable period.

Case injected with the serum of arrested cases of Leprosy.

A* M*. Age 30. Coloured. Duration of disease, 5 years. Form of disease, Mixed Leprosy. Condition of patient: — A stout young man; hair on scalp and face thin; face covered with hard disseminated tubercles; slight paresis of eyelids and of muscles supplied by the right seventh nerve; the skin of hands and feet indurated, anaesthetic. This patient has received altogether 20 injections of 10 c. e. each, and the injections will be continued at intervals for a considerable period. At the commencement of the injections a slight febrile reaction was evident, but this reaction has now ceased. No change is so far apparent in his condition, but he describes himself as feeling stronger.

This feeling of Bien Etre is, as we have above remarked, most probably due to the individual attention bestowed on those patients as a result of the experiments.

It will thus be seen that we can announce up to the present time no definite successes as the results of our experiments, but is must be remembered that the method is in its infancy, and that only a lengthy experience could enable us to decide as to the proper cases to select for such treatment so as to give favourable results. The amount of Serum to be injected at each time and the most suitable

periods to elapse between each injetion must be learnt by more extended observations.

We hope on a future occasion to be enable to report on these and many others in this connection.

15. 5. 1897.

Robben Island, 27th September 1897.

To the Honourable the Colonial Secretary, Cape Town.

Sir,

We have the honour to forward a second report on cases of Leprosy treated with serum at Robben Island, having particular reference to the so-called „Anti-leprotic Serum" prepared by Dr. Carrasquilla of Columbia, South America.

The charts and photographs of our previous report have been called for in duplicate. We forward these and add in continuation the charts of patient De V*, treated with Dr. Carrasquilla's Serum up to the present date, and of the patients treated with Horses Serum and Asses Serum up to the present date.

Our experiments are still being proceeded with, and will be carried on for some time to come, when we will again send a further and more comprehensive report.

At the present time we would beg to state that from the continuation of our experiments since our last report we see no reason to modify our views on the value of the Sera which we then expressed.

With regard to Dr. Herman's Serum, although we applied for a further supply from him, we have up to the present time received none, so that, with regard to his serum, the matter stands as it did at the date of our last report.

With regard to the patients treated with Horses and Asses Serum which we used as control experiments for Carrasquilla's Serum, we have to state that these two patients have been continuously treated with Horses and with Asses Serum respectively up to the present date. But we cannot report any special beneficial results from the continued injection of these sera in these two cases of early Tubercular Leprosy. The two patients indeed state that they have received benefit from the injections, feeling stronger and their skins being smoother and more pliant. But so far as we can see the Leprotic process has suffered no arrest of a marked character. Febrile reactions seemed frequently to follow the injections accompanied with headache and profuse perspiration. This we now take to be the characteristic effect of the sera of animals injected into the human body, and which, therefore, has no special relation to any diseased condition which affects the individual into whom the injection is made.

With regard to Carrasquilla's Serum, we have received from time to time a supply sufficient to enable us to keep two patients under treatment fairly continuously. One of the patients, Q* died about a month after receiving his last injection of Carrasquilla's

Serum. During the course of his injections he stated that he had received benefit, but none such was apparent to us, and a very thorough post mortem examination shewed nothing that would lead us to judge that any subsidence of the morbid process of Leprosy had taken place. The tubercles of the skin were crammed with the Bacillus Leprae, the larynx was studded with small recent tubercles, and the liver and spleen shewed extensive leprotic infiltration.

With regard to the second patient, De Villiers, who is still being treated with Carasquilla's Serum, we have to report that in some respects his condition shows a slight improvement. His general health continues good, the tubercular infiltration of the arms and hands seems to have diminished, the plaques of infiltration under the skin of the fore-arms have to a large extent become absorbed, and the skin over the tubercles of the face is smoother and more pliant. But still after six months of treatment he still presents the appearance of advanced tubercular leprosy, and on taking some of the serum from the facial tubercles and examining it under the microscope large quantities of the Bacillus Leprae are to be found; these bacilli showing no appearance which would lead us to suppose that they were degenerating or disappearing.

We now intend to treat one of the patients who had the injections of Asses' serum with the serum of Carrasquilla, and also with his serum a new recent case of tubercular leprosy, and we shall continue further to treat the patient De Villiers for some time longer.

It must be remarked that the continuous treatment of patients by injections which have only a slightly beneficial effect is unsatisfactory for this reason — that the skin after numerous injections becomes tender and the abscesses are very apt to cause great distress to the patient even when the strictest antiseptic precautions have been taken to prevent such a result. If, thereforme, beneficial results can be got from these serums it would be better that they should be administered to the patients by the mouth after having been dried and solidified as is done in other animal extracts, such as the extracts of the Thyroid or Suprarenal Glands, for it must be seen that the treatment is certain to be a very protracted one. This seems to have presented itself to Dr. Carrasquilla, for in one of his last reports he makes reference to experiments in this direction.

Such up to the present date are the conclusions we have arrived at after these lengthened experiments and which we now have to report to you.

We have the honour to be,

Sir,

Your obedient servants,

(signed) Walter H. Atherstone, M. B.,

„ R. Sinlair Black, M. B., D. P. H.

Es ó no es contagiosa la Lepra.

Por el

Manuel Zuriaga en Valencia.

Datos de observación clínica.

I. En el momento en que se discuten en todas partes los problemas referentes á la lepra, he aquí un trabajo considerable que ha pasado casi desapercibido. El profesor Propheta (de Palermo), después de las experiencias resultado de la observación de ciento cuarenta y dos leprosos, se pronuncia contra la trasmisión y rehusa el colocar este mal entre las zoonosis.

Sin embargo; los razonamientos sobre los cuales él hace basar su argumentación, están todos recogidos exclusivamente en la clínica, razón por lo cual el autor confiesa ingénuamente que las investigaciones microbianas le son poco familiares.

Esta consideración nos permitirá pasar brevemente sobre toda la parte de la memoria relativa al examen de la sangre, de los tubérculos y de la crítica de las doctrinas actuales, en el seno de las cuales él no encuentra dificultad en demostrar algunas contradiciones.

Propheta sostiene la herencia de la lepra. Esto es por lo menos lo que él ha podido comprobar sobre las tres cuartas partes de sus enfermos, y presenta ejemplos de lepra trasmitida hasta la cuarta generación, haciendo notar además, que á la rareza ó frecuencia de los matrimonios de los leprosos, es á lo que es preciso atribuir la disminución ó el aumento de la enfermedad en las diferentes localidades de Sicilia.

Sostiene también, que la lepra no es contagiosa; veintisiete de sus enfermos han vivido durante largos años en la intimidad de la vida conyugal sin que ni un solo caso de trasmisión haya podido comprobarse. Niños que han sido completamente amamantados por nodrizas leprosas ó vacunados con fluidos tomados de sujetos leprosos, no contrajeron la enfermedad.

Cuando en una misma familia se ve á la enfermedad declararse en uno de los padres y en un hijo, siempre la enfermedad ha aparecido primero en el ascendiente, prueba evidente de que se trata de la herencia y no del contagio. Y cuando la herencia ha faltado, el autor no ha observado jamás más de un enfermo en la misma casa aún en

las más reducidas y estrechas, las menos aireadas, las construídas en las mejores condiciones para la trasmisión del contagio.

En fin; en ciertos paises ha visto algunas veces á un solo leproso, y este enfermo no había abandonado nunca su aldea, y no se había jamás puesto en communicación con ningún sujeto atacado de esta enfermedad. No se puede de ningún modo tratar del contagio en semejante caso.

No contento con todos estos argumentos, Propheta no ha temido recurrir á la experimentación que él ha practicado, no sobre los animales, — porque le ha parecido poco probable que ellos puedan hacerse ieprosos, — sino sobre el hombre mismo.

El autor ha sometido, pues, á la inoculacíon á dos mujeres de veinticinco y treinta y uno años, y á ocho hombres, entre los cuales se cuenta el autor in primer lugar, después el Dr. Cagnina, seis otros sujetos de edad de treinta y cinco, cuarenta y siete, veintinueve, cuarenta y cuatro, veinticinco y cuarenta y tres años, todos prevenidos del daño posible y resueltos à afrontarlo. En algunos casos, el autor tomó pus de las úlceras, sangre de las superficies de escarificación ó de superficies desnudadas por medio del vejigatorio; otras inyectó debajo de la piel por medio de la geringa de Pravaz sangre tomada del centro mismo de un tubérculo leproso ó de los puntos donde la anestesia se podía comprobas mejor; el resultado de estas experiencias ha sido siempre el mismo.

He aquí hechos precisos, multiplicados y varios, que presentan el más alto grado de carácter científico. No datan de ayer y no han sido instituídos por el autor por deseos de una argumentación antimicrobiana, puesto que la primera serie de estas experiencias se remonta á 1868. Los resultados todos fueron negativos. Cualquiera que sea la opinión que dicte en el día de hoy la microbiología sobre la esencia de la lepra, se tiene el deber de tomar en cuenta estas investigaciones tan importantes y conceder una plaza entre las de más mérito, al profesor distinguido que ha tenido el valor de emprenderlas.

L. Julien. — Resumen de una memoria escrita sobre la elefantiasis de los griegos por el profesor Propheta, de Palermo. (Giornale delle S. C. med. 1884, fasc 4).

II. Después de haber tributado homenaje á Danielssen, el hombre que mejor conoce la lepra, y á Hansen, que ha descubierto el bacillo leproso, Lang hace constar que la cuestión de la trasmisibilidad no está aún resuelta de una manera satisfactoria y que queda por decidir si las experiencias de Neisser de Damsch, y de Vossius, han demostrado realmente una infección de tejidos vecinos, y sí, en la experiencia de los doctores R. Melcher y P. Ortmann, se trataba ya de los bacilos de la lepra y no de bacilos de la tuberculosis.

Clínicamente no existe caso cierto de trasmisión de la lepra. Sin embargo las investigaciones de Hansen en Noruega, tienden á demostrar la contagiosidad de esta enfermedad y el desarrollo de la lepra en los paises que han estado indemnes antes, (como en América) después de la emigración de leprosos no puede explicarse mas que por el contagio.

Mas sí que es muy difícil descubrir el modo de trasmisión, porque hasta aquí no se ha conseguido el encontrar en los indivíduos atacados de lepra reciente, una alteración que pueda ser mirada como indicando el punto de introducción del parásito.

Lang. — Ueber Lepra in Norwegen (Spedals Khed) und über einen Fall von einheimischer Nervenlepra. (Estudios sobre la lepra en Noruega y sobre un caso de lepra nerviosa endemica). In Wiener mediz. Blätter, 1885, núms. 27, 28 y 29.

Se ha encontrado el bacilo de la lepra, más desgraciadamente no se han encontrado medicamentos para hacerlo inofensivo. Ninguno de los remedios preconizados hasta aquí ha respondido; y las esperanzas formadas sobre el deseo de curar á los leprosos transportándolos á paises indemnes de lepra, no se ha realizado; y los noruegos leprosos importados á América, no solamente no han curado, sino que otros que habían abandonado su patria en buena salud, han sido también atacados por la enfermedad en las localidades hasta entonces exentas de lepra.

El hecho de que en una localidad la lepra disminuye de una manera tanto más constante cuanto con mayor cuidado han sido los enfermos aislados, parece indicar de este modo la trasmisibilidad de esta enfermedad. En Noruega el aislamiento no es riguroso (según la época á qne se refiere el autor. Observación de Manuel Zuriaga).

En Bergen se deja salir á los leprosos á la ciudad.

A pesar de esto, en Noruega se puede hacer constar una disminución persistente de la enfermedad. Según cuadro presentado por el autor, los casos de lepra en Noruega han sufrido en el último cuarto de siglo, uno disminución de una mitad próximamente. Los casos nuevos disminuyen igualmente de una manera constante; de 243 que eran en 1857, han descendido á 32 y á 21 en 1881 y 1882. El número de curaciones es pequeño; más aún en esto se ha mejorado; la proporción ha subido de 0,07 á 0,09 por 100.

Los esfuerzos de los médicos noruegos tienden sin descanso, á hacer desaparecer la lepra de su pais. (Según una carta de Hansen ha sido votada este año una ley que dá á las autoridades comunales, municipales, el derecho de aislar completamente á los leprosos.) Falta solo convencer á los aldeanos de los beneficios que para todos encierra esta ley.

Si se explica la infección de un individuo que vive en un pais donde reina la lepra, no sucede lo mismo en los casos, muy raros en verdad, de lepra sobrevenida en personas que no abandonaron jamás su país indemne de esta enfermedad.

(Tomado del escrito á que hace referencia la nota núm.' I.) Nota. Datos reunidos y coleccionados por A. Doyón.

III. Después de haber descrito las diversas formas de lepra, el autor dice alguna palabra sobre su extensión geográfica y habla de la contagiosidad sin aportar é esta cuestión ningún elemento nuevo. El descubrimiento del bacilo de la lepra, le parece la mejor prueba de la

contagiosidad. Estos bacilos son muy análogos á los bacilos de la tuberculosis.

Por otra parte la naturaleza bacilar de una enfermedad, no entraña necesariamente la contagiosidad, por que la infecciosidad y la contagiosidad son dos cosas distintas. Por ejemplo, la pitiriasis versicolor es sin duda alguna dermatomycosis debida á un hongo conocido; sin embargo nadie aún ha observado en la práctica experimentalmente una trasmisión de esta enfermedad (Salvo un hecho positivo de inoculación de Köbner).

En cuanto á la lepra, no se conoce aún ningún caso cierto de contagio y muchos hechos están en oposición con la naturaleza contagiosa de esta enfermedad.

Las conclusiones del autor son las siguientes:

1a. La lepra es una enfermedad bacilar, más Kaposi no cree que sea trasmisible en el sentido asignado para otras enfermedades á esta palabra. El sitio de las nudosidades, que no toman asiento sino por debajo de la epidermis, hace la trasmisión difícilmente explicable. No se ha visto jamás el bacilo en la epidermis (salvo en el caso de G. Thin). Será preciso, pues, admitir para hacer posible el contagio, una lesión local bastante profunda, un contacto íntimo y en fin una predisposición particular.

(Las otras conclusiones de Kaposi tratan de sintomatología y no interesan á nuestro objeto. — Nota de Manuel. Zuriaga.)

Kaposi. — Ueber lepra (contribución al estudio de la lepra). Comunicación hecha á la Sociedad I. y R. de los Médicos de Viena. In Wien. med. Wochenschrift, 1885, núms. 47, 48 y 49. Datos coleccionados por A. Doyón).

IV. De un viaje que Wolff, de Strasburgo, ha hecho á Noruega en la época del Congreso de Copenhague, aportó los recuerdos siguientes: „La lepra es ó no contagiosa?“ „Es esta una enfermedad hereditaria en la más estricta acepción de la palabra?“ „Es contagiosa y hereditaria á la vez?“

Hansen ha estudiado la lepra en Noruega; Zambaco en Constantinopla. Según Hansen la lepra es contagiosa y no hereditaria; según Zambaco la lepra es una enfermedal hereditaria y no contagiosa.

El autor ha visto niños leprosos desde el momento de nacer; nacidos de mujeres leprosas y atacadas de lepra. La confusión con la sífilis en estos casos no era posible.

No es dudoso que de un pais á otro las formas clínicas y la evolución de la lepra puedan variar. Wolff ha podido él mismo hacerlo constar en Noruega, en Bergen y Drou.

A pesar de todo, importa recordar que se encuentra en todas partes un bacilo idéntico. Luego si el bacilo de la lepra es la causa verdadera de la enfermedad, puede haber en esto una diferencia en la forma clínica en la lepra de los diversos paises del globo, mas su naturaleza debe ser idéntica, debe ser la misma. Si es hereditaria en Constantinopla, debe serlo también en Noruega y viceversa; si existe duda sobre este punto, esto depende de que, la observación hasta ahora ha sido defectuosa sobre esta cuestión.

He aquí cuales han sido los argumentos emitidos en el congreso. Zambaco ha visto venir al mundo niños leprosos, y en los individuos que han cohabitado con leprosos no ha podido comprobar ningún contagio positivo.

Hansen: En Noruega, el género de vida favorece excesivamente la extensión de una enfermedad contagiosa.

En primer lugar, el uso del agua para el aseo está poco generalizado; la limpieza y las habitaciones dejan mucho que desear. De aquí la extensión enorme que en otro tiempo alcanzó la sarna; hace quince años, un leproso no entraba nunca en nuestros establecimientos sin tener al mismo tiempo la sarna. Al desaseo es preciso aún añadir otra condición que podría llamarse psicológica y que depende de la educación. Nuestros aldeanos son todos fatalistas; cuando ellos caen enfermos creen que es porque esto debía suceder; no cabe en su imaginación que ellos han podido llegar á ser leprosos por su propia incuria, y si alguno llega á ser leproso, los que le rodean consideran pecado el disminuir la intimidad con el enfermo. Así las relaciones entre los leprosos (esto se refiere á la época anterior á la reclusión de los leprosos, en el país nombrado. Observación de Manuel Zuriaga), son las mismas que entre las personas sanas, lo que en Noruega es mucho decir.

Se habita no solamente en la misma casa sino en la misma pieza; se come en la misma mesa, en el mismo plato y con una sola cuchara; se acuestan los sanos con los leprosos en la misma cama, y lo que es particularmente digno de lástima, sobre la costa oriental de Noruega los lechos son raros y frecuentemente dos ó muchas personas se acuestan juntas.

Es evidente que en semejantes condiciones una enfermedad, aún siendo poco contagiosa, puede formar facilmente focos de una grande extensión.

Hansen dice también que se debe considerar la lepra como una enfermedad de familia; la relación entre los miembros de una familia dan la razón al contagio y niegan la herencia. En un país en donde la lepra es endémica desde hace mucho tiempo, es dificil con las genealogías de las familias excluir la herencia aparente; y no basta para demostrar la herencia, hacer cuadros en los cuales varios miembros de una misma familia sean ó hayan sido leprosos.

Entre otros argumentos á favor del contagio, Hansen atribuye una grande importancia al de la desaparación de la lepra en las diversas regiones de Europa, en las cuales esta enfermedad imperaba en otros tiempos, lo que atribuye al aislamiento absoluto, bárbaro más racional, de los enfermos durante la edad media.

En apoyo de esta manera de ver, Hansen cita colegiones estadísticas que demuestran que la lepra ha disminuido en todos los distritos de Noruega en donde el aislamiento ha sido practicado de una manera rigurosa.

Se construyeron en este país, en 1856 varias leproserías. Antes de esta época se registraban cada año un número bastante constante de casos recientes.

En el Distrito de Landefiord, aquel de la Noruega en el que los

casos de lepra eran los más numerosos, el 70 por 100 de los leprosos fueron internados en las leproserías. El número de casos nuevos que en 1856 se elevaba á 451 no ha sido en 1875 mas que de 175.

En el Distrito de Nordecior no se ha encontrado, por el contrario, proporcionalmente sino muy pocos entrados en los asilos. El número de los aislados no es aquí sino el 20 por 100; en 1856 se contaron 106 casos nuevos; en 1875 se contaron aún 90 casos nuevos.

En todo el país esta disminución constante se traduce por las cifras constantes siguientes:

Años 1856 1131, 1860 1039, 1865 971, 1870 677 casos nuevos.

El decrecimiento es, pues, constante y evidente.

En 1856 se contaban en total 2871 leprosos; al final del último año, solamente 1500 en una población de 1913000 habitantes; si el decrecimiento continúa así, la lepra habrá desaparecido dentro de cinco años próximamente.

Se podrá concluir, dice Hansen, que la disminución depende de que el aislamiento y la supresión de la propagación han hecho desaparecer la herencia. Más si se considerase que la pretendida herencia de la lepra dependiera del atavísmo, veintinueve años no serían suficientes para neutralizar la herencia; muchas generaciones serían necesarias para esperar este resultado.

He aquí ahora la opinión Danielssen á quien Wolff apellida el padre de la lepra. Según este autor la herencia está suficientemente demostrada, mientras que para el contagio no se ha encontrado ningún caso bien probado. En la leprosería de Saint-Georges habían en otro tiempo enfermos relativamente sanos; este establecimiento era una grande cámara en la cual vivían hasta 30 individuos juntos. Eran estos viejos sanos que compraban una plaza en este asilo por tener alojamiento, alumbrado, calefacción y dinero para el bolsillo. Cuando Danielssen comenzó en 1839 sus observaciones en el Hospital Saint-Georges, había allí aun cerca de veinte individuos sanos. Según la tradición más antigua, no ha habido allí ejemplo de que un individuo de estos haya sido contaminado, y estaban talmente seguros de que la enfermedad no era contagiosa, que estas personas vivian con los leprosos. La cámara que ellos habitaban no estaba separada de la enfermería de los leprosos, sino por una cocina común en la que todos preparaban sus comidas. Este argumento es muy cierto, pero simplemente negativo como todos los que se podrán citar contra el contagio.

La inoculación de materias ó tubérculos procedentes de la lepra tuberculosa no han dado sino resultados negativos. (En la época á que se refiere el autor; más tarde se han obtenido resultados positivos, como verá el lector. [Observación de Manuel Zuriaga]). Más tarde, Hansen, ha inoculado conejos y monos, sea con la matería tuberculosa, sea con cultura de bacilos leprosos.

Admite la posibilidad de trasmitirlos por inoculación; pero son precisas condiciones estremadamente raras.

En favor de la contagiosidad Wolff cita un caso que le ha sido comunicado por Boeck de Christianía. Se refiere á un soldado de Christianía, originario de un pais indemne de lepra, que sirvió un año

en Bergen (pais de lepra), y veinte años después de su vuelta á su pais natal, fué atacado de lepra. Existen en la ciencia hechos aislados pero positivos que parecen probantes. La ausencia del contagio en los hospitales, sitios en donde se tiene cuidado especial en evitar el contagio (observación de Manuel Zuriaga), no es, como lo dice el mismo Danielssen, sino un argumento negativo. Otro tanto podría decirse de la tuberculosis. La dificultad se encuentra precisamente en la lepra, en la larga incuvación de la enfermedad (periodo desconocido hasta hoy, observación de Manuel Zuriaga); y en la ausencia de un sintoma inicial (caracteristico, observación de Manuel Zuriaga). En todo caso la contagiosidad de la lepra es débil y para que ella se produzca es necesario un contacto íntimo y quizás una disposición congénita ó pasajera del organismo. Las opiniones y las observaciones de Zambaco se refieren á niños nacidos leprosos. Por otra parte, un número considerable de leprosos, á quienes Wolff ha interrogado sobre este punto, „han declarado que sus padres estaban sanos y él ha visto leprosos que tenían hijos adultos sanos."

No es una prueba absoluta contra la herencia el que la lepra no aparezca más allá de la edad de los diez años por regla general, puesto que la sífilis y la tuberculosis se manifiestan también durante la pubertad; la primera rara vez, la segunda frecuentemente.

Wolff, después de meditadas las razones que preceden, considera los argumentos opuestos á la herencia como más fundados que los que están en favor de la misma.

Si el lector quiere atenerse extrictamente á las palabras de Hansen, que es partidario de la no herencia, se debe admitir esta falta de herencia, pero en otro sentido. Hansen dice: Cuando una madre atacada de viruela, dá á luz un niño varioloso, „nadie dice que este niño ha heredado la viruela", sino que ha sido contagiado por su madre in utero. Otra cosa muy distinta sucede en este caso para la sífilis congénita y la sífilis hereditaria; estas expresiones parecen ser sinónimas; sin embargo esta sinonimia nunca será justificada. Por qué debemos interpretar de otro modo el hecho de una madre que arroja al mundo un niño sifilítico, y el otro hecho de una madre atacada de viruela que pare un niño varioloso? Se trata, sin embargo, en estos dos casos de un fenómeno idéntico; es decir, de la trasmisión de la madre á su hijo de un veneno indeterminado: si este caso es designado correctamente como contagio, debe ser incorrecto en el otro caso el describirlo como herencia."

Estas palabras textuales permiten admitir que Hansen, aunque él sea el principal campeón de la teoría del contagio, debe reconocer esta „especie de herencia". Solamente que él la ha designado como contagio de la madre al niño. Más si la lepra es una enfermedad trasmisible del hombre al hombre, ella debe ser también trasmisible de la madre al niño en el „sentido admitido por Hansen." Wolff va más lejos que Hansen: no admite la herencia de la sífilis por el hecho del padre en los casos que la madre no está infestada. Es muy posible que en la lepra la trasmisión de la madre al niño (herencia en el sentido de Hansen), no haya tenido lugar por que no se ha

demostrado nunca de una manera cierta la presencia del bacilo de la lepra en la sangre. (El autor no habla de sangre que proviene de las nudosidades leprosas ulceradas.)

El autor no creerá en la herencia (en el sentido ordinario de la palabra), sino cuando habrá visto niños recién nacidos leprosos, como Zambaco lo afirma; si esta observación es confirmada por otra parte, „ó si niños nacidos de padres leprosos, transportados inmediatamente después de su nacimiento á un pais indemne de lepra, presentan más tarde los síntomas de la enfermedad".

A. Wolff. — Lepra-Erinnerungen aus Norwegen. (Nota del viaje sobre la lepra de Noruega (Monatshefte f. Praktische Dermatologie, 1885 número supletorio). (Nota. Datos recogidos y coleccionados por A. Duyon.)

V. Este trabajo es el resumen de una comunicación hecha por el profesor Burow con la presentación del enfermo á la Sociedad de Medicina de Königsberg.

Se trataba de un israelita de cuarenta y seis años de edad, polaco, que desde hace diezisiete años habita Taganrog sobre el mar de Azow; su familia estaba sana; su padre murió á los noventa años y su madre á los ochenta años; él ha estado completamente sano siempre y actualmente aun conserva el aspecto de un hombre robusto; casado desde hace veinte años, tiene cuatro hijos sanos. Ejercía la profesión de sastre hasta hace tres años; había gozado de buena salud; por esta época se apercibió de que la piel había aumentado de espesor y se había infiltrado al nivel de la articulación tibia tarsiana derecha; y un año más tarde sobrevinieron en la frente pequeñas papulas rojas que poco á poco aumentaban en número y volumen, y llegaron más tarde á hacerse confluentes, determinando el expesamiento y la infiltración de la piel, y acabaron por dar á la cara el aspecto conocido con el nombre de facies leonina. En cuanto á la coloración de la cara, su aspecto recuerda el de un hombre que ha hecho un uso excesivo del nitrato de plata ó el aspecto de los atacados de la enfermedad de Addisón: el cuero cabelludo no está ni infiltrado ni colorado. Los cabellos, la barba, las cejas, las pestañas, así como los otros pelos, son normales.

(El autor hace la descriptión completa de la sintomatología de este leproso, que nosotros suprimiremos por no creerla oportuna á nuestro objeto (observation de Manuel Zuriaga.)

Taganrong es un foco notable de lepra; las provincias occidentales de Rusia, de donde procedió el enfermo, están indemnes de lepra.

En este enfermo no se encuentra nada bajo el punto de vista de la etiología, á no ser que sea el haber vivido diezisiete años en un pais en donde reina la lepra endémicamente. Se sabe que, como sobre el mar Caspio, la lepra es endémica en las vecindades de la Crimea y en el mar de Azow. (Lepra caspiana y taurica.)

Oldekopp en 1863 demostró que la lepra se desarrolla frecuentemente en las pesquerías del Volga por debajo del Astrakan; así, pues, no cabe el admirarse de que hombres que han estado mucho tiempo expuestos á estas causas nocivas, con una alimentación mal sana é

insuficiente, un trabajo constante en los estanques en donde se cultivan los peces, llenos de salazón vieja y averiada, faltándoles buena agua potable, cuidados de limpieza y en un clima cálido y húmedo lleguen á ser víctimas de la lepra.

„Sin embargo; es verdad que nuestro enfermo, que es sastre y de mediana posición, no se ha expuesto á todas estas causas deletéreas. Ante todo la herencia no podrá ser invocada aqui como causa en este caso!"

Burow pasa en seguida revista á las opiniones de los anteriores médicos bajo el punto de vista de la herencia de esta enfermedad, sobre todo á las opiniones de Danielssen y Boeck y Kierulf.

Los dos primeros admiten que la herencia juega un papel importante: sobre 213 leprosos del Hospital Saint-Georges, ellos opinan que 185 lo han sido por la vía de la herencia, y que hay solamente 28 casos expontáneos.

En 104 casos la enfermedad provenía de la madre y en 81 del padre. En 58 casos la lepra se manifestó en la primera generación; en 98 en la segunda, en 8 en la tercera y en 21 en la cuarta.

En 1856 había, según Hansen, 2871 leprosos en Noruega; en 1882 había solamente 1600.

Kierulf, sin negar precisamente la herencia, dice que no se adquiere la lepra „sin una permanencia en un pais en donde viven al mismo tiempo muchos leprosos, no manifestándose jamás esta enfermedad expontáneamente antes que no se haya desarrollado en una región por disposiciones hereditarias ó después que leprosos no hayan muerto ó hayan abandonado esta localidad."

Oldekopp no acepta, ni la herencia, ni la contagiosidad. Si los niños de los leprosos son atacados de lepra, esto depende, dice él, de que ellos „han estado expuestos durante largo tiempo á las influencias de las mismas causas nocivas que sus padres." Así, pues, en el pais del Astrakan los leprosos viven en común con las personas sanas; comen con los mismos utensilios de cocina, se acuestan juntos, se casan los unos con los otros, y sin embargo jamás se ha podido hacer constar un caso de contagio directo.

Considera como hipotética la naturaleza contagiosa de la lepra hasta ser demostrada de una manera positiva.

„G. Woods piensa que en las islas de Sandwich el aumento rápido de la lepra no puede explicarse sino dada la naturaleza contagiosa de la enfermedad."

Según Neisser, el contagio de la lepra tiene lugar de hombre á hombre; puede hacerse directa ó indirectamente, según que se trasmitan „bacilos ó esporos;" pero para que la infección tenga lugar es preciso que exista un desprendimiento „de capas epiteliales;" y como el desarrollo de los bacilos es muy lento, una escuriación superficial no basta, pudiendo los bacilos ser separados fácilmente del lugar en donde casualmente fueron depositados; es necesario, pues, que se forme un foco profundo de infección en el cual los primeros infiltrados puedan multiplicarse para conducir á la infección general ulterior del organismo.

Neisser admite la herencia de la lepra ó por lo menos una

disposición á la herencia („como para la tuberculosis;“) aunque para las dos afecciones no haya sido ésta aun muy bien demostrada.

„Es preciso sobre todo ocuparse de la profilaxis; con este objeto es necesario aislar á los enfermos é impedir que los leprosos se casen.

F. Burow-Weber, Lepra Taurica.

(Contribución al estudio de la lepra Taurica. Monatshefte, etc.)

(Nota. Datos recogidos y coleccionados por A. Duyon.)

VI. La lepra existe en toda la extensión del imperio del Japón; las estadísticas faltan pero según las reseñas recojidas por el autor ciertos distritos son más atacados que otros. La lepra es más frecuente en las regiones meridionales que en las partes septentionales del imperio; aun en las primeras no toma nunca la enfermedad carácter epidémico.

Baelz no ha observado en el Japón nunca leprosos en las clases elevadas de la sociedad; sin embargo el Dr. Miyake le ha dicho que había encontrado lèprosos ricos.

„Las antiguas leyes japonesas prohibían los matrimonios con los miembros de familias leprosas;“ por el contrario, hoy se casan muchos entre ellos. La mayor parte de los leprosos viven en malas condiciones higiénicas; muchos de ellos arrastran una vida miserable.

Baelz ha tenido la ocasión de observar más de doscientos casos de lepra; él cree que hay en el Japón cerca de 10000 leprosos.

En cuanto á la naturaleza contagiosa de la enfermedad el autor hace notar que las ciudades son proporcionalmente menos atacadas, mucho menos que las campiñas. Las aldeas aisladas presentan por el contrario un número considerable de leprosos.

El autor ha visto pocas mujeres leprosas; cerca de un 15 por 100; Scheuber y Kioto, 25 por 100; por otra parte, se encuentran en el Japón, como en todas partes, muy pocos niños leprosos; los más jóvenes de estos enfermos que Baelz ha visto eran muchachos de once años y muchachas le diez años. En la mayor parte de los enfermos la lepra empieza á los veinte años.

Etiologia y modo de propagación.

En otro tiempo todos los médicos estaban convencidos de que la lepra era hereditaria, pero no contagiosa. Hoy la mayor parte de los autores modernos sostienen la opinión contraria.

Los hombres más distinguidos que desde hace sesenta años dirigen las leproserias noruegas, abogan por el no contagio; los médicos jóvenes empleados en los mismos establecimientos „proclaman que la lepra es contagiosa.“ De estas divergencias se puede concluir que la naturaleza contagiosa de esta enfermedad, si existe, es débil y que su modo de propagación escapa la mayor parte de las veces fácilmente á la observación más atenta. Si la lepra fuera muy contagiosa, el aislamiento incompleto de los leprosos no debía impedir su trasmisión rápida.

Y no es así: se sabe que la enfermedad disminuye en muchos paises; en ninguno, á excepción de las islas Sandovich, la lépra ha hecho en estos últimos tiempos grandes progresos.

„En algunos casos la lepra puede ser trasmitida por contagio: el profesor White, de Bostón, cita casos de este género. Más para que la trasmision tenga lugar es preciso ciertamente „un contacto íntimo y prolongado" con los leprosos, tal cual existe, por ejemplo, entre esposos ó en condiciones parecidas; y también es preciso aun admitir que la disposición á contraer la lepra es relativamente rara.

La lepra y la tuberculosis tienen la más grande analogia, sobre todo bajo el punto de vista de su naturaleza contagiosa. „El agente de trasmisión, el bacilo, no basta; es preciso un terreno que convenga á su nutrición." Este terreno favorable es la mayor parte de las veces la „debilidad hereditaria de los tejidos." En los sujetos robustos „la célula orgánica se come al bacilo;" en los sujetos débiles „el bacilo destruye la célula." En este sentido la herencia tiene una grande influencia sobre el nacimiento de la tisis. En los leprosos, que los hay frequentemente vigorosos, no se trata de una debilidad general sino de una falta de resistencia particular de la piel y de las mucosas.

La lepra es en su principio una enfermedad local, análoga á „la tuberculosis cutánea ó al lupus." Existe una analogía evidente entre los bacilos de las dos enfermedades y el terreno sobre el cual ellos se desarrollan. Dando por admitida la enfermedad, el virus contagia en primer término las partes descubiertas. La cara, las manos, los pies; „esta última región es sobre todo atacada entre los japoneses, que van muy frecuentemente con los pies desnudos." Sería interesante buscar si sucede lo propio con los europeos que llevan calzados. Como los bacilos están encerrados en las células, un leproso no es dañino — aun á los ojos de los contagionistas — sino cuando es portador de úlceras, de ampollas ó vesículas abiertas ó de una herida cualquiera.

Baelz, según lo que él ha observado en el Japón, opina que la naturaleza contagiosa es muy improbable, casi nula. He aquí las razones sobre las cuales se apoya:

1. No se aisla á los leprosos y sin embargo los médicos japoneses están unánimes para negar el contagio. Esto es tanto más importante cuanto que la enfermedad no está limitada, como en Noruega, á algunos distritos, sino que por el contrario existe en todas partes.

2. En Tokio vive una familia de médicos que durante tres generaciones tienen la especialidad de tratar la lepra. Estos médicos temen tampoco al contagio, que viven con sus familias en la misma casa con veinte ó treinta leprosos. Jamás ha habido allí un solo caso de contagio.

3. Durante ocho años, Baelz ha recibido en el hospital leprosos y otros enfermos; profesores europeos y japoneses habían hecho lo mismo. Nunca se ha visto en el personal médico y entre los enfermos un solo caso de contagio, aunque alguno de éstos hayan permanecido diez años y aun más en el hospital.

La larga incuvación de los contagionistas es un poco dudosa; nadie sabe cuál es su duración; si se admite que esta incuvación dura varios años, esto prueba solamente que un hombre puede „albergar

largo tiempo" en su cuerpo los bacilos de la lepra sin que ellos le hagan enfermar. La probabilidad de que los bacilos encerrados en las células puedan llegar á ser peligrosas para otras personas no es sino muy rara. No se puede salir de esta alternativa sino admitiendo un aumento pasajero de la predisposición.

4. Jamás Baelz ha visto la lepra empezar por los órganos genitales. Y sin embargo, según los contagionistas, las relaciones sensuales contribuyen frecuentemente á la difusión de la enfermedad. Un gran número de mujeres de leprosos han permanecido sanas después de muchos años de matrimonio.

5. El autor no ha visto nunca niños pequeños atacados de lepra; sin embargo, nunca ni en ninguna parte el contacto de los niños con sus madres es tan íntimo como en el Japón. Son amamantados hasta la edad de tres años y aún hasta los cinco.

6. Los habitantes de las ciudades son más raramente atacados que los de las campiñas, aunque en las ciudades la población sea mucho más densa.

7. Las clases inferiores habitan en verano en ciertos albergues en donde se acuestan completamente desnudos entre trapos que sirven á todos los viajeros; esto sería una causa enorme de contagio si la lepra fuera muy contagiosa; ella disminuye más bien.

8. En las prisiones japonesas, los presos atacados de lesiones producidas por sus uñas al rascarse ó bien heridos, etc., duermen casi desnudos y tan apretados los unos contra los otros, que sus cuerpos están constantemente en contacto. Sin embargo, allí hay presos leprosos y nunca se ha visto probado que la lepra se haya propagado en estas prisiones. A pesar de todo esto, es este un punto que queda por ventilar.

El autor cree que la lepra era en otro tiempo mucho más infecciosa que lo es hoy día; esto ha sucedido igualmente también para con la sífilis. El aislamiento en otro tiempo muy severo de los leprosos es una prueba de ello. Actualmente los médicos no lo reclamaban ya; lo que tenderá á probar que la naturaleza contagiosa de la enfermedad ha disminuído. La influencia de la higiene, de la limpieza, del género de vida, han reducido en todas partes á grados diversos la intensidad y la extensión de la lepra.

Es cierto que la vida antihigiénica favorece el desarrollo de esta enfermedad.

A pesar de todo queda aún por explicar el aumento rápido de la lepra en las islas Sandovich durante los diez últimos años. Una primera objeción que puede hacerse será, según las noticias más recientes, que los médicos de estas islas parece que consideran la enfermedad como menos contagiosa que antes.

Se ha creído durante largo tiempo que los chinos habían importado la enfermedad; lo que no es sino una hipótesis, porque los chinos llegan á ser muy rara vez leprosos en las islas Sandovich. Una segunda objeción sería también que una enfermedad infecciosa, suponiendo que la lepra lo sea, presenta siempre mayor gravedad cuando ella ataca otra raza. Así ha sucedido con el sarampión en la isla Fidji, donde la mortalidad en los adultos y niños ha sobrepasado el treinta

por ciento. Otra prueba sería aún la destrucción de tribus enteras de indios hace ya varios siglos. En fin, los insulares de las islas Sandovich son de todos los pueblos conocidos, los que tienen la más débil vitalidad. Para los europeos y los chinos son los mejores puntos para su salud; para los indígenas, por el contrario, vastos cementerios. Precisamente con las teorías parasitarias es fácil comprender que estos insulares están en las mejores condiciones favorables para ser víctimas de afecciones microbianas. En el Japón, por ejemplo, las clases elevadas son diezmadas por la tisis; las clases inferiores son indemnes para esta enfermedad. Qué se diría de un médico que, fundado en este hecho de observación, enseñara que es un deber de los gobiernos europeos el protejer especialmente á las clases elevadas contra la tuberculosis en razón de su predisposición mayor. No se le objetaría con buen derecho que en Europa, son precisamente las clases elevadas las que están menos predispuestas á la tisis.

Esta es una falta de analogía que ciertos contagionistas parecen cometer con la lepra. Como conclusión el autor vuelve á la analogía de la lepra con la tuberculosis. En los dos casos los bacilos presentan un gran número de caracteres comunes que les diferencia de los otros bacilos; „las dos enfermedades son probablemente contagiosas, pero en un grado mínimo.“

En los dos casos también, buenas condiciones higiénicas, disminuyen el daño de la infección. La lepra tiene mucha semejanza con la tuberculosis de la piel. La lepra y la tuberculosis pulmonar atacan rara vez á los niños antes de la pubertad. En todo caso las dos enfermedades tienen mucho parecido entre ellas, y sería interesante el investigar si en los países ó las clases donde la una es mas frecuente, la otra es rara.

El autor no es partidario del aislamiento.

F. Baelz. — Beiträge zur Lehre von der Lepra. (Contribución al estudio de la lepra). Monatshefte, etc., iden por A. Doyon.)

VII. Encargado de una misión científica en Noruega con el objeto de estudiar la lepra, monsieur el profesor Leloir (de Lille), ha aportado de su viaje numerosos documentos. El ha podido en efecto observar 700 enfermos, ya en los hospitales, ya en los campos; recojer cerca de 80 observaciones; tomar numerosos dibujos y traerse numerosas piezas destinadas al examen anatómico. Las memorias que ha publicado son el resumen de sus notas sobre la misión que se le encargó, y contienen datos interesantes sobre la historia clínica de la lepra observada en Noruega y sobre la anatomía patológica de esta afección.

„La lepra no existe en Noruega más que en los campos“, y los leprosos que se ven en las ciudades son campesinos que han llegado á hacerse ciudadanos desde hace poco ó mucho tiempo.

La lepra se observa sobre todo en la dirección de las costas, ó en la vecindad de los grandes remansos de aguas.

El aislamiento no existe en Noruega de una manera absoluta; los leprosos de las leprosarías salen, se pasean por la ciudad y abandonan á veces el hospital.

La lepra, si es contagiosa, lo es en un débil grado, porque se „transmite rara vez“ entre esposos y de padres á hijos y la inoculación no ha tenido éxito. (El profesor Leloir, en estudios posteriores, opina de un modo bastante distinto, como verá el lector. (Observación de Manuel Zuriaga.)

H. Leloir. — La lepra en Noruega. (La lepra en Noruega. Semaine Medicale 1885. p. 216.)

VIII. Después de haber expuesto detalles suficientes sobre el diagnóstico, el profesor Leloir aborda el estudio y la geografía de la lepra.

Con este motivo demuestra lo que nosotros habíamos ya puesto de relieve en nuestros artículos, es decir, „que la lepra ha seguido siempre las grandes corrientes humanas; que las medidas tomadas por los gobiernos para aislar á los leprosos han hecho decrecer y desaparecer siempre la enfermedad y esto con tanta mayor rapidez cuanto las medidas han sido más rigurosas.“ En los países donde estas medidas no han sido tomadas, la lepra en general se ha perpetuado en extensión. Estos hechos resultan de evidentes documentos interesantes hasta el más alto punto, que ha publicado el autor. Nosotros no sabemos por nuestra parte aplaudir bastante al ver que el sabio profesor de Lille ha adoptado todas las ideas que hemos expuesto sobre este asunto el Dr. E. Vidal y yo. — Como nosotros, „él admite que cada vez que una nación atacada de la lepra ha sido puesta en contacto con un pueblo hasta entonces virgen de la enfermedad, este último pueblo ha sido infestado; que la influencia del clima y de la higiene parecen ser absolutamente nulos en la génesis de esta enfermedad; que en un número de casos ella ha invadido poblaciones con una tal rapidez, que la herencia sola es impotente para explicar semejante extensión.

„Cuando se examinan las diferentes causas asignadas por los autores á la lepra, se admira uno de su poco valor; yo diría casi de su puerilidad. Los unos buscan el origen en los enfriamientos y en los cambios bruscos de temperatura; los otros en el exceso calor; para otros es la alimentación insuficiente ó defectuosa, el pescado salado y mal conservado, la carne de cerdo, la mala higiene, las habitaciones mal sanas á las que es preciso incriminar.

Así como lo enseña el autor, todas estas condiciones etiológicas pueden faltar en las regiones ó en las familias donde vive la lepra é inversamente.“

Examinada la cuestión de la herencia, monsieur el profesor Leloir prueba que la herencia sola no puede explicar todos los casos de lepra. „En efecto, esta afección se observa frecuentemente en sujetos nacidos en países no contaminados por la lepra y que no han tenido nunca leprosos en sus familias; y además, se está muy lejos de encontrar la herencia en todos los leprosos nacidos en un país donde reina la lepra. Sobre un total de 107 casos en los que el autor ha podido establecer los antecedentes hereditarios, es decir, el estado de salud anterior del padre, de la madre, de los abuelos y de las abuelas, él ha comprobado 47 veces la herencia y 60 veces la ausencia

más completa de ascendientes leprosos. Existen también hechos en los cuales los padres han sido atacados después que sus hijos y en numerosos casos, considerados como hereditarios, los padres estaban sanos cuando ellos han puesto en el mundo á sus hijos, que han sido infestados más tarde. Por otra parte; los hijos de un leproso ó de una leprosa y también hijos nacidos de la unión de dos leprosos, no son siempre atacados de la misma enfermedad, y así como lo hace notar Schilling, ellos tienen tantas más probabilidades de escapar al fuego morboso cuanto más pronto se les aisla y se les separa de sus padres. Se sabe que la lepra no empieza de ordinario durante los primeros años de la vida; sobre 160 casos en los que la edad de invasión ha podido ser seguramente determinada, el autor no ha encontrado ni un solo caso en el que haya comenzado antes de los cuatro años de edad. Este hecho no aboga mucho en favor de la teoría de la herencia; todos los hechos publicados como ejemplos de herencia no pueden ser explicados como lo quieren Schilling, Droguat, Landre, Hansen, Neisser, admitiendo que son casos de contagio en las familias?

El autor concluye diciendo que está lejos de negar la influencia de la herencia, aunque ésta no ha sido demostrada aún de un modo absoluto; „pero él afirma que la herencia sola, es absolutamente insuficiente para explicar la producción de sinnúmero de casos de lepra, aún dentro mismo de la lepra de familias.“

Los argumentos que aporta en favor de la opinión de los que quieren que la lepra sea contagiosa, son de los más instructivos. Nosotros recomendamos vivamente á los médicos que lean los últimos escritos de Leloir que dan detalles sobre la higiene de las poblaciones que diezma la lepra, de los noruegos, por ejemplo, y sobre las condiciones de inoculabilidad que ellos reunen.

El autor refuta en seguida las objecciones formuladas por los antagonistas y termina citando epidemias locales de lepra sobre las cuales tanto hemos insistido en otro artículo del que ya hemos hablado.

(Resumen de un escrito del profesor Leloir.)

IX. Un caso de lepra. — (Contagio probable.) J. J. Johansen, de nueve años de edad, nacido en Hiteren fué admitido el 8 de Octubre de 1886 en la división de los niños huérfanos del hospital Rekuas. El niño estaba atacado de lepra tuberculosa en plena erupción: las placas y los tubérculos pequeños y aislados estaban particularmente desarrollados en las extremidades. Un tubérculo excindido del menton mostró en abundancia el bacilo de la lepra.

Este niño tiene cuatro hermanos ó hermanas todos sanos y robustos, de edad de 2, 5, 7 y 11 años. Sus padres y sus abuelos, de los dos lados, están exentos de lepra.

En su casa habitaba uno llamado K. . . leproso, hermano del abuelo del niño (por el lado de la madre); este hombre originario de Horg habitaba el país desde unos veinte años; se dice que su hermano es también leproso.

La enfermedad se declaró en K. . . desde hace siete años en casa de J. . .; y ya hacía cinco años que el enfermo habitaba la casa de J. . . En casa de J . ., la lepra había llegado al período de ulceración, particularmente en las extremidades, y el enfermo estaba en un estado completo de miseria. Hace un año que había sido conducido al hospital de Reitgierdet, (Septiembre 1885) y murió seis semanas después de su admisión.

El interior de la habitación de J. . . está excesivamente pobre y en el más miserable estado. Es una pequeña choza cuadrada compuesta de viejos maderos dividida en cuadros. En la primera cámara el mobiliario consiste en un banco, una mesa, dos sillas y dos camas; por debajo de las camas se vé una porción de heno la mitad podrido y cubierto por sucios telas y almohadas, así como de viejos jupones y otros trapos que no sirven durante el tiempo de la jornada. El alumbrado consiste en un trozo de madero resinoso empado en aceite de arenque que alumbra solo lo bastante para el trabajo que se hace en esta cámara E.

En el granero, encima de esta cámara, se encontraba el lecho de K. . . que lo ocupaba día y noche. J. . . y sus dos hermanos se acostaban allí igualmente; J. . . era el favorito de K. . . y frecuentemente se acostaba en su cama.

Este, (es decir el enfermo K...) era muy dichoso de tenerle por compañero de cámara y buscaba atraerle por todos los medios ofreciéndole frioleras.

„Ha sido definitivamente afirmado que este favorito era solamente J..., y no los otros hermanos y hermanas; J... era, pues, solo el que se acostaba con K... en la cama.“

Hace ya cerca de un año que tres pequeñas manchas ó granos han hecho su aparición sobre la región ilíaca derecha de J... Ningún otro fenómeno sospechoso.

Más cuando él cuidaba de las bestias el último verano, aparecieron tubérculos en las extremidades y se decidió á hacer examinar el niño por un médico.

Durante todo este tiempo no se apercibió el niño de ningún sufrimiento ni de ninguna perturbación de la salud.

Estas particularidades me han sido comunicadas en primer lugar por el maestro de escuela que es el miembro de la comisión encargado de venir en ayuda de los indigentes. Este es quien acompañó al niño hasta el hospital, y más tarde estos antecedentes me han sido comunicados por el Dr. M. Hitmann médico del Distrito de Hiteren. Cuando el maestro de escuela mencionado arriba respondió á las diferentes preguntas que se le dirigían, añadió en último lugar: „Alguien, puede aún dudar de que la lepra sea contagiosa.“

La etiología de la lepra es evidentemente una de las grandes cuestiones del tiempo presente; en todas partes se trabaja con celo en la solución de este enigma. En lo que á mí se refiere, ya lo he dicho en otra ocasión; cuanto más me ocupo de la lepra, cuanto más la observo, más también me parece evidente que la enfermedad es transmisible de un individuo á otro.

La observación arriba citada, es, yo creo, una de aquéllas que merecen ser dadas á la publicidad. No porque el hecho sea indiscutible; la enfermedad existía en la familia de J...; dos hermanos de su abuelo eran leprosos y quizás se podrá encontrar en este hecho un argumento en favor de la lepra hereditaria. Pero también esta suposición es singularmente debilitada por esta promiscuidad especial del niño con el miserable leproso cubierto de ulceraciones y por la inmiscuidad de sus hermanos y hermanas. Es también verdad que el marido puede cohabitar largos años con su mujer sin contraer la lepra; más se sabe también que la facultad de recibir una enfermedad por contagio, no es la misma en todos los sujetos; y no se escapará á nadie el pensar que el tegumento de un niño de nueve años, está más expuesto que el de un adulto á las escoriaciones propias para favorecer el contagio, sobre todo cuando este niño es bastante negligente para vivir en intimidad con un leproso cubierto de ulceraciones.

Por el Dr. Kaurin (de Molde). Extracto de este periódico Tidskrift for Praktish medicin. núm. 23. I. Diciembre 1886).

Nota dirigida por al autor el profesor Leloir el 30 Diciembre 1886.

Estudios anatomo-patológicos y microbiológicos.

I. Se sabe que las nudosidades leprosas características están de preferencia constituidas por la acumulación de bacilos de la lepra; no se está lejos de mirar á éstos (los bacilos), como la verdadera causa de la lepra; ellos constituyen la acritud de la sangre tan largo tiempo buscada.

Está demostrado que los depósitos que se encuentran en el neurilema y que comprimen las fibras nerviosas determinando su atrofía, están formados de células que contienen bacilos; la lepra de los nervios no es, pues, sino una localización sobre los nervios del mismo proceso que caracteriza la lepra tuberculosa.

Resultado del examen microscópico de una nudosidad leprosa, por el profesor Baumgarten.

Sobre todos los cortes de tegidos se ha comprobado la ausencia de células gigantes; no había ninguna traza de cascificación. El tegido leproso estaba lleno de bacilos característicos; en cuanto á su modo de distribución en el segundo enfermo, el autor está en un todo conforme con lo indicado por Hansen, Neisser y Köbner.

J. Burow, Ueber Lepra taurica (contribución al estudio de la lepra taurica, Monatshefte, de id 1885. n. supd).

(Nota. Datos recogidos y coleccionados por A. Doyón.)

II. El sitio de las nudosidades no está situado sino por debajo de la epidermis (salvo en el caso de G. Thin).

Kaposi, Ueber Lepra (contribución al estudio de la lepra). Communication hecha á la Sociedad I. y R. de los médicos de Viena. (In Wien. med. Wochenschr. 1885. n. 47, 48 y 49.

Nota. Datos recogidos por A. Doyón).

III. Con el método seco, Unna ha podido demostrar que las capas epitélicas de la red de Malpigio que Baberín, Thin y él mismo creían indemnes de bacilos, no lo están. Neisser está convencido de que los bacilos pueden llegar en gran cantidad á la capa epitelial de los pelos, mientras que no se encuentran sino en pequeña proporción en la red citada, que después, como antes él admite, una inmunidad, si no absoluta, por lo menos casi completa de la epidermis, mientras ella quede intacta contra la invasión de los bacilos.

La presencia de los bacilos en las vainas de la raíz del pelo no está por ahora completamente demostrada. Sobre les cortes hechos en un gran número de cabellos, Neisser no ha encontrado los bacilos sino una sola vez.

Se puede admitir hoy en general que toda la sintomatología de la lepra puede resumirse en los procesos ocasionados por la localización de los bacilos en distintos órganos.

Neisser, .Histologische und bacteriologische Leprauntersuchungen. (Investigaciones histológicas y bacteriológicas sobre la lepra). (Virchow's Archiv für pathogische Anatomie. 1886 etc.)

Nota. Datos recogidos por A. Doyón.

IV. Para hacer los estudios anatomo-patológicos de las lesiones leprosas, el autor ha empleado el método seco.

En dos tuberculosos leprosos que han sido examinados de este modo, los bacilos eran tan numerosos que parecían constituir todo el tegido. Los bacilos formaban una capa tan espesa que en muchos puntos se presentaban en forma de masas más ó menos redondeadas. Esta especie de red de bacilos atraviesa el dermis desde los vasos de las papilas hasta el interior del tegido subcutáneo.

Según Unna se pueden con el método seco ver mejor los bacilos en los tegidos que con las preparaciones al aceite; con estas últimas parecen faltar constantemente ó la mayor parte de las veces.

Todos los observadores han dicho que los bacilos respetaban, no solamente la epidermis, sino también una capa de tegido conjunctivo situado inmediatamente por debajo. Esta capa conjuntiva corresponde anatómicamente á la que se encuentra entre la red vascular de las papilas y el epidermis; ella no contiene sino aberturas linfáticas y nunca capilares sanguíneas. En las preparaciones de bacilos hechas al aceite, Unna no ha visto jamás los bacilos sobre pasar el límite inferior de las lagunas linfáticas. Sobre las preparaciones secas por el contrario, se ven regularmente los bacilos aislados más allá de este límite y en algunos puntos, hasta en el epitelio.

Unna, por otra parte, ha hecho constar con el método seco que los bacilos invaden la parte inferior de los folículos pilosos; atraviesan la capa espinosa de estos folículos (vaina externa de la raiz del pelo) y se alojan entre el pelo y la vaina. (Vaina externa de la raíz.)

Hay otro punto de vista, y constituye un hecho muy importante: los observadores modernos admiten, en efecto, que la contagiosidad de la lepra es verdaderamente rara, porque la epidermis opone á los bacilos una barrera infranqueable que la separa del mundo exterior,

si las nudosidades no estan ulceradas lo que es verdaderamente una excepción.

(Thin solo encontró una sola vez bacilos en la epidermis.)

Las preparaciones de pelos hechas por Unna, contradicen absolutamente estas opiniones; existe en efecto, en verdad, una fuente limitada, pero que parece constante, de bacilos hacia el exterior; y si los bacilos no soportan ciertas condiciones exteriores (por ejemplo el frío) ellos (los bacilos) pueden exparcise por el exterior bajo la forma de esposos, forma que ellos toman en la depresión formada por el folículo piloso. Si la lepra es poco infecciosa, esto no depende, pues, ciertamente, de la ausencia de bacilos sobre la superficie de la piel.

En cuanto al número, à la topografía y á la morfología de los bacilos de la lepra, la descripción de Unna difiere completamente de la que Neisser ha publicado en la enciclopedia de Ziemssen. Según Neisser (su opinión concuerda con la de Köbner, A. Hansen, Baumgarten, Guttmann, Thien), la mayor parte de los bacilos está contenida dentro de las células, lo que distinguirá especialmente la lepra de la tuberculosis. Por el método seco se busca en vano las células en las cuales deben encontrarse los bacilos en mayor cantidad. Más si se comparan exactamente los cortes preparados, según los distintos métodos, se ve inmediatamente que en los cortes preparados al aceite se han tomado por células lo que no son sino grupos de bacilos. Unna indica enseguida cómo son las condiciones que pueden hacer tomar los conjuntos de bacilos por células. Los compuestos de bacilos se encuentran todos, sin excepción, en las vías linfáticas. La forma redondeada proviene solamente de que, desarrolladas en sombrerete, ellos (los bacilos), distienden los canales linfáticos.

P. G. Unna. — Zur Histologie der leprosen Haut. (Histología de la piel leprosa). Monatshefte etc. ind.)

Nota. Datos recogidos por A. Doyón.

V. En los tubérculos recientes, el epidermis no presenta sino modificaciones de las prolongaciones interpapilares que están hipertrofiadas ó adelgazadas ó han desaparecido. En los tubérculos antiguos que tienden á ulcerarse ó á presentar vesículas ó flictemas purulentas, las lesiones epidérmicas son las mismas que en la superficie de los tubérculos leprosos.

El leproma ocupa las regiones media é inferior del dermis; como el lupoma (del lupus) forma agrupaciones celulares, principalmente alrededor de los vasos y sigue los trayectos y las hendiduras linfáticas del dermis; más por otra parte tiene más grande tendencia á seguir el trayecto de los nervios del dermis y del hipodermis. Las lesiones de la neuritis parenquinotoria parecen ser secundarias á la acción directa de los bacilos y de sus esporos contenidos en gran abundancia en las células linfáticas que disocian los tubos nerviosos.

Los bacilos contenidos en la sangre obtenida por la picadura de un tubérculo presentan ligeros movimientos.

El leproma sufre algunas veces la transformación fibrosa y entonces los bacilos son menos numerosos.

H. Leloir. — Anatomie pathologique de la lèpre. (Anatomía pathológica de la lepra.) Comptes redue de la Société de Biologíe, 1885, p. 479.

VI. Topografia de los bacilos en la piel. — Las preparaciones hechas por el método de los cortes dan siempre la misma imagen. Sobre una sección que pasa por el centro de una nudosidad, la piel y el tegido subcutáneo están hinchados por la acumulación excesiva de bacilos en todas las cavidades. Dos elementos reticulados de los cuales los bacilos constituyen visiblemente el más voluminoso de ellos, se entrelazan de la manera más íntima; una capa elástica, viscosa, poco coherente y una red contínua de bacilos en la que los cordones presentan hinchazones moniliformes. Estos puntos hinchados representan masas de bacilos. Las partes adelgazadas de los cordones están formadas de bacilos y de focos estrechos lineales.

Todas las células, sin excepción, se encuentran en las bandas del tegido conjuntivo; sus núcleos están completamente coloreados por un tinte del contraste; la red de bacilos no contiene células. No se encuentran corpúsculos blancos sino completamente aislados en los cordones de bacilos.

Resulta de esto, que la masa total de bacilos llena el sistema bacuolar del dermis; es decir, los canaúnculos linfáticos que dilatan en innumerables puntos; de modo que forman hinchazones redondeados ú ovalares.

Los bacilos no están, pues, dispuestos regularmente en la piel ni encerrados, como se ha dicho equivocadamente en el interior de células especiales, sino que ocupan la porción inicial del sistema linfático de la piel. Toda la red de vasos linfáticos de la piel está llena de bacilos. Las lagunas linfáticas están relativamente más dilatadas que los vasos propiamente dichos; de modo que se puede notar la diferencia entre el espesor de aquéllos y el diámetro de éstos. El pequeño número de troncos linfáticos de la piel no se escapa de ser invadido por los bacilos.

El límite superior de invasión de los bacilos se encuentra cerca de la capa epitelial; no solamente el epidermis, sino en una capa subepidérmica de espesor casi constante, está indemne. Los bacilos no prosperan en la piel sino cuando ésta está atravesada por vasos linfáticos propriamente dichos. En los puntos donde no hay más que lagunas de contenido linfático, los bacilos pueden cesar bruscamente de presentarse. Puede ser que dependa esto de que el calor de la piel por encima de los últimos capilares, disminuya bastante para que los bacilos no puedan prosperar.

La banda de la piel, exenta de bacilos, desciende á lo largo de los folículos pelosos hasta la región del infundíbulum del pelo y de las glándulas sebáceas. Por debajo los bacilos invaden la capa espinosa (vaina externa de la raiz del pelo), de la mayor parte de los folículos, pero no de todos. Aquí también son los espacios interespinosos, los que dan paso á los bacilos; lo que prueba que ellos pueden también prosperar del mismo modo en los epitelios propiamente dichos que en el interior del tegido conjuntivo. Los bacilos se pueden también presentar en el interior del pelo por las papilas. En una

palabra; los territorios que favorecen más el desarrollo de los bacilos son los que están mejor dotados de capilares sanguineos. Las glándulas sebáceas, que son muy pobres en capilares, encierran rara vez bacilos.

Sobre algunos folículos pilosos se observa muy bien el límite de invasión de los bacilos. Los epitelios córneos forman, al parecer, una barrera infranqueable. En el tallo mismo de los pelos no se encuentran ya.

En el tegido adiposo subcutáneo se encuentran los bacilos, principalmente sobre los fascículos del tegido conjuntivo que conducen los capilares. Más los bacilos no penetran en las células del panículo adiposo, como tampoco en los epitelios atacados de degeneración grasienta, de las glándulas sebáceas, y de una manera general en ninguna célula, cualquiera que ella sea.

En fin, se encuentran en los músculos lisos y en los gruesos troncos nerviosos de la piel, bacilos aislados y masas aplanadas de bacilos alojados entre los fascículos de las fibras musculares ó nerviosas, sin que estos tegidos presenten anomalías particulares de extructura.

El autor no ha tenido aún la ocasión de observar los primeros comienzos de una invasión de bacilos. Pero haciendo cortes en la periferia de las nudosidades ha encontrado que el tegido adiposo subcutáneo no estaba aún atacado; los principales focos de bacilos se encontraban en la parte superior de la piel y en todo el cuerpo papilar. De aquí partían prolongaciones que rodeaban los folículos pilosos. Luego, en los casos en los que la piel no está aún completamente llena de bacilos, éstos se encuentran allí donde los cambios son más activos; donde los capilares sanguíneos son más abundantes.

Cadenas de bacilos esparcen finas ramificaciones en todos sentidos; éstos forman poco á poco una red más y más densa.

Los vasos sanguíneos constituyen las líneas de dirección de esta extensión, lo que no quiere decir que los bacilos vienen de estos vasos y que penetran dentro de la piel á lo largo de ellos, sino simplemente que el terreno es más favorable á su desarrollo.

Se encuentran frecuentemente en las envolturas mismas de los vasos y de los espacios linfáticos adventicios vecinos, porciones exentas de bacilos.

Unna. — Los bacilos de la lepra en sus relaciones con la piel. (Monatshefte f. praktische Dermatologie, suppl.)

VII. El autor contesta al último trabajo de Unna sobre esta cuestión. Él insiste sobre las ventajas que presenta el método seco sin el empleo del calor para la demostración de las células leprosas con bacilos.

Touton está de acuerdo con Unna sobre la presencia de los bacilos y de los conglomerados de bacilos en el folículo piloso. Solamente los ha visto también en los epitelios y le parece que en uno de los dibujos presentados por Unna, está indicada igualmente la presencia de bacilos en las células. Unna cometería un error pidiendo para reconocer la célula ver siempre al lado del núcleo y de las masas

de bacilos el protoplasma y la membrana celular. Cuando la célula está llena completamente por el núcleo y las masas de bacilos, no se puede ver el protaplasma, ni la membrana, y esto es, para Touton, la mejor prueba de que las masas de bacilos están en el interior. Si los bacilos se encuentran á un lado, el protaplasma limitado por el contorno celular debería presentarse bajo forma de reborde entre el núcleo y las colonias de bacilos.

Contrariamente á Unna, el autor no ha encontrado grandes masas de bacilos en la superficie del endotelio de la membrana íntima, sino células endoteliales encerrando en su interior bacilos y masas de bacilos rodeando generalmente al núcleo y dejando ver claramente el protoplasma y la membrana celular. Por otra parte, Touton no ha encontrado dentro de estas masas bacilos tan frecuentemente como en otros puntos de la piel, estando las partes centrales sin bacilos (vacuolas).

Bastante frecuentemente ha encontrado una proliferación abundante de los endotelios de los vasos y gruesos bucles de bacilos flotando sobre el calibre de los vasos llenando toda la célula y pudiendo también salirse de la célula.

El autor considera también como no probada la afirmación de Unna, „que los bacilos circulan con la sangre mientras existe la enfermedad". La presencia de millones de bacilos en la circulación debería manifestarse por síntomas de diversa naturaleza, sobre todo en la circulación del sistema nervioso, aunque no fuese sino á título de simples cuerpos extraños. Y esto no explicaría las alternativas de bienestar completo y los paroreismos de fiebre que acompañan á las mismas erupciones. Los hechos observados abogan por el contrario en favor de la situación intra-celular de los bacilos. Estos están alojados en el endotelio de la membrana interna, en donde formando masas los bacilos encerrados en su envoltura mocosa, son como capsulados y no hacen irrupción en la sangre sino en determinadas circunstancias.

En las glándulas sudoríparas el autor ha encontrado, como Babes y Unna, las granulaciones y las masas de granulaciones de la coloración del tinte de los bacilos que Unna considera como bacilos modificados por el exhudado ácido de las glándulas; más Touton ha reconocido también bacilos y masas de bacilos, que tenían exactamente en los vasos el mismo aspecto que en otras partes, en el interior de las glándulas, entre los epitelios y los endotelios.

„Algunas veces masas de granulación de bacilos estaban contiguas y también gruesas granulaciones rojas se encontraban en medio de los bacilos. Esto es para el autor un hecho importante bajo el punto de vista de la contagiosidad de la lepra, la que podría transmitirse según estos datos, por el sudor de los leprosos."

El autor termina resumiendo las principales divergencias entre la opinión de Unna y la suya. Unna dice que los bacilos de la lepra no se encuentran jamás en el interior de las células; Touton por el contrario, cree que el lugar de predilección para el desarrollo de bacilos es la célula. El se representa la marcha del desarrollo de la manera siguiente: Los bacilos, llegados al contacto de la piel ó de

una herida, siguen las líneas linfáticas, llegan al protoplasma de las células y allí forman sus colonias; cuando ellas han tomado cierto volumen, salen de la célula y se encuentran libres dentro de diversas cavidades: „Aberturas linfáticas, vasos sanguíneos, glándulas sudoríparas". Según el período del desarrollo, se encontrarán bacilos aislados en las vías linfáticas, bacilos y masas de bacilos en las diversas células, y en fin, masas de bacilos que han llegado á hacerse libres; pero constantemente bacilos y masas de bacilos en el interior de las células.

Touton. — Zur Topographie der Bacillen in der Leprahaut. (Topografia de los bacilos en la piel leprosa). In Virchow's Arch. f. pat. Anatomie u. Phisiologie. 1886, t. CIV).

VIII. El profesor Mr. Leloir ha estudiado, en un artículo dedicado á la anatomía patológica, la cuestión de las inoculaciones experimentales en la lepra. Yo no sabré felicitarle demasiado con este motivo por haber completado lo que él había dicho en una publicación precedente sobre el caso de un médico noruego, del cual él no daba el menor detalle y del que la referencia es ahora de las más claras. Este médico se inoculó la lepra hace ya cerca de treinta años, y la inoculó á más de veinte personas de buena voluntad sin observar otros resultados que algunas linfangitis sépticas.

Este hecho tan completo tiene un valor real y yo no me apresuro á modificar las reservas que había formulado con relación al mismo en mi revista sobre la etiología de la lepra publicada en 1885. Este hecho negativo prueba una vez más lo que nosotros ya sabíamos, „que la lepra está lejos de ser una enfermedad fatalmente inoculable y que muchos sujetos son refractarios á la misma. Como lo he ya demostrado en el artículo que acabo de citar, este hecho negativo por bien establecido que él esté, en el momento presente no podrá, sin embargo, destruir los hechos positivos sobre los cuales yo me he apoyado para sostener y probar la naturaleza contagiosa de la afección.

El Dr. L. Brocq. jefe del servicio clínico de Mr. Vidal del Hospital de San Louis de Paris. Resumen crítico de un escrito de Leloir.

Experimentos en animales.

I. Si Neisser, que según Köbner, tiene los ensayos por no probantes, y Damsch no han conseguido hasta el presente inocular la verdadera lepra á los animales, ellos han, sin embargo, podido comprobar que procesos semejantes á los procesos leprosos del hombre se desarrollaban en las vecindades de la implantación de los fragmentos de tegidos leprosos inoculados experientalmente, que tenían una grande tendencia á infectar los tegidos vecinos. Pero es preciso no admirarse de que no se haya conseguido producir en los animales la lepra de marcha invasora, porque por un lado no se ha observado jamás esta enfermedad entre los animales, y por otra la incuvación en el hombre dura algunos años; hasta el presente la experi-

mentación no se ha continuado aún bastante tiempo. Deben esperarse los resultados de las experiencias de Vossius.

Fr. Burow. — Ueber Lepra táurica. Contribución al estudio de la lepra táurica). Monatshefte f. praktische Dermatologíe, 1885, n. p. suppsto.

Nota. Datos recogidos y coleccionados por A. Doyon.

II. Ensayos de inoculación á los animales. — Köbner no ha obtenido sino resultados negativos, aunque las experiencias han sido hechas sobre los animales más diversos, en especial sobre monos, etc.

Hansen ha inoculado monos, sin éxito. Ha sucedido lo mismo en las experiencias practicadas por Neisser.

Damsch, por el contrario, ha visto en las inoculaciones de la cámara anterior del ojo de los conejos, el iris y los cuerpos ciliares invadidos por cadenas espesas y gruesas de células que contenían bacilos; los depósitos sobre la membrana de Descemet y la parte anterior de la cápsula, contenían células redondas que encerraban casi todas mayor ó menor número de bacilos. Damsch cree poder admitir con razón, en la masa enorme de bacilos que se encontraban también fuera de la zona del tumor implantado, la multiplicación y el desarrollo de bacilos en el cuerpo del animal.

En las implantaciones debajo de la piel y en la cavidad abdominal en los gatos, el tumor fué reabsorbido; y que en todas las regiones vecinas se encontraba un tegido de granulación de nueva formación en el que, los elementos celulares encerraban una gran cantidad de bacilos.

Vossius ha obtenido resultados más completos aún inoculando la lepra en la cámara anterior del ojo. Ha encontrado una gran catidad de bacilos en la córnea, en el iris y en el cuerpo ciliar.

Melcher y Ortmam han determinado la infección general del conejo con evolución bastante aguda y muerte.

A pesar de todo lo que se diga, la lesión anatomo-patológica era talmente idéntica á la de la tuberculosis inoculada, que estos autores mismos han admitido la posibilidad de esta interpretación.

Estos autores insisten, con razón, sobre el hecho de que la tisis á la cual sucumben muchos leprosos, es atribuída sin razón, á la tuberculosis cuando quizá se trate de una tisis leprosa. Esta opinión sería confirmada por las investigaciones de Arning y de Honolulu.

En resumen; no se ha llegado hasta hoy á inocular le lepra á los animales de una manera tan positiva que no admita otra interpretación.

Neisser termina su memoria con las conclusiones siguientes: 1. „El bacilo de la lepra es la causa de todas las afecciones leprosas; se ignora á pesar de todo aún cual es el modo verdadero de progagación del bacilo: „2. La prueba de la herencia no está aún hecha. Todas las observaciones que conciernen á la herencia, que se consideren como lepra hereditaria ó más bien como enfermedades leprosas de familia, pueden ser interpretadas con tanta razón como una infección en la familia; 3. „Pero la posibilidad de la contagiosidad directa está fuera de duda puesto que los bacilos de un individuo enfermo llegan á la superficie del cuerpo (úlceras cutá-

neas, etc.). A pesar de todo, el peligro y la probabilidad de la infección son muy pocos, porque la introducción de los bacilos en el hombre sano encuentra grandes dificultades que pueden depender, sea de ciertas condiciones individuales (ausencia de predisposición), sea de propiedades del bacilo mismo (necesidad de un desarrello tranquilo, no perturbado en el punto de infección, etc.) 4. „La existencia de los esporos, ó dicho de otro modo, de formas duraderas, permite admitir la naturaleza contagiosa de la lepra; este contagio puede ser directo de individuo á individuo; sin embargo puede ser también indirecto, por ejemplo, por medio de depósitos de materias infecciosas en el suelo (cadáveres) de un contacto accidental por alimento[1]), agua potable, etc.“

La multiplicación de los bacilos fuera del organismo humano, es por el momento poco probable. Los ensayos de cultura indican que et calor animal es necesario para el desarrollo de los bacilos.

El hombre es, pues, el principal portador del virus leproso, y „no hay lugar para protestar en nombre de la humanidad contra el aislamiento de los individuos atacados de lepra.“

Neisser. — Histologische und bacteriologische Leprauntersuchungen. (Investigaciones histológicas y bacteriológicas sobre la lepra). (Virchow's Archiv für pathologische Anatomie, etc., 1886, t. C. III).

(Notas recogidas por A. Doyón).

III. Las últimas investigaciones de Damsch y Vossius sobre la cuestión de la inoculación de la lepra, han conducido á este resultado: que los bacilos considerados como la causa de la lepra viven y se reproducen en el cuerpo de los animales. Hasta aquí no se ha obtenido una infección general ni una enfermedad orgánica que indique el paso del virus desde el punto de inoculación á la circulación general, sino solamente una infección de las partes vecinas de este punto.

Los autores de este trabajo consideran en consecuencia como fundada, la opiniòn que los animales en particular los conejos, constituyen un terreno propio para la cultura del bacilo leproso. Ellos creen poder atribuir la falta de éxitos de las tentativas de inoculación á otros factores, entre los cuales el principal será un período muy largo de incubación, como parece, por otra parte, indicarlo el desarrollo de la enfermedad en el hombre.

Ellos opinan que han conseguido transmitir la lepra del hombre al conejo, no en verdad bajo la forma de lepra cutánea tal como se presenta generalmente en el hombre, sino bajo la forma de afección de los órganos internos que consideran como leprosa y ocasionada por el bacilo específico.

Han introducido fragmentos de una nudosidad leprosa tomada de un enfermo atacado de lepra tuberculosa, en la cámara anterior del ojo de dos conejos; después han instilado dos gotas de un colirio de atropina en cada ojo inoculado. El uno de los dos conejos murió al cabo de poco tiempo sin presentar nada de particular.

1) Muy recientemente se admite la posibilidad de que ciertos pescados que sirven de alimento ordinario á los habitantes de los países de lepra, contengan los bacilos que generalizan la nombrada enfermedad.

En el segundo conejo se produjo un ligero enturbamiento de la córnea acompañado de sinequias anteriores. Los fragmentos de tegidos implantados aún eran claramente visibles después de muchos meses. El animal, un poco flaco, en el momento de la inoculación (6 de Abril de 1884), se restableció durante durante los meses de verano. Se observaron en el ojo, durante el curso de la experiencia, los fenómenos siguientes: Pamis de la zona marginal de la córnea, iritis, sinequia anterior, pupila fuertemente dilatada y de contorno irregularmente oval; los medios fluidos del ojo claros, el fragmento de tegido implantado acaba de hacerse invisible á través de la córnea opaca. Sin síntomas precursores, el animal fué encontrado muerto el 13 de Febrero de 1885, habiendo vivido más de trescientos días después de la inoculación. La autopsia no fué hecha sino cuarenta y ocho horas después, pero no existía ningún signo de putrefacción.

Ninguna alteración en la piel, ninguna lesión microscópica en los órganos internos excepción hecha en los pulmones que parecían atacados de una erupción tuberculosa reciente.

Examen microscópico.

Córnea. — Infiltración inflamatoria de las capas superficiales de la zona marginal de la córnea; neoformación de vasos en estas capas así como también en las capas más profundas hasta la cicatriz. Los alrededores de esta última eran sitio de una infiltración inflamatoria constituida por pequeñas células redondas ó fusiformes y por gruesas células que contenían fragmentos y bacilos.

Iris. — El iris era adherente á la córnea al nivel de la cicatriz con interrupción de la membrana de Descemet, infiltración inflamatoria difusa, sobre todo en el punto de soldadura; gruesas células y bacilos en medio del foco de células redondas. Masas de células redondas ú ovales conteniendo bacilos en la parte de la pupila alejada del punto de soldadura; á su alrededor ligera reacción inflamatoria. Procesos ciliares y parte ciliar de la coroides muy ricos en núcleos; en estos dos puntos bacilos aislados.

Coroides. — Focos circunscritos de células redondas y fusiformes en la capa capilar, retina ligeramente prominente; todos los cortes presentan grandes células redondas ú ovales conteniendo numerosos bacilos.

Pulmones. — Focos redondeados ó más generalmente alargados ó ramificados de gruesas células con uno ó varios núcleos. Estos focos están en parte circunscritos y son en parte confluentes; se les observa del mismo modo en los alvéolos que en las paredes intra-alveolares é interlobulares; los alvéolos están llenos de estas grandes células, las unas finamente granulosas y las otras muy brillantes, entre las cuales están situadas células redondas y una substancia granulosa.

Tratando los cortes por el método de Ehrlich, se presenta una invasión excesivamente abundante de bacilos que se encuentran casi exclusivamente dentro de las grandes células típicas y en masas considerables.

Los autores creen haber hecho constar una relación entre las células de bacilos y los vasos sanguíneos.

Han visto sobre cortes longitudinales ó transversales las paredes

de los vasos rodeados de muchos órdenes de grandes células conteniendo bacilos. En el endotelio vascular ellos se han apercibido de bastoncitos, y en el interior de los vasos, entre los corpúsculos rojos, células con bacilos un poco más gruesas que los corpúsculos incoloros de la sangre. Sobre la pleura existe un crecimiento considerable de núcleos y todos los grados intermedios entre el simple espesamiento y la formación de granulaciónes y la extrangulación de las neoformaciones conjuntivas. En todas estas granulaciones, en que las más gruesas presentan un centro de degeneración grasosa, hay masas de bacilos.

Los focos situados en el pericadio son idénticos bajo el punto de vista histológico y bacteriológico.

Los autores consideran que, en el caso actual, la semejanza microscópica con la tuberculosis, la falta de demonstración exacta por medio de las culturas puras de bacilos y de inoculación á otro animal, no permiten afirmar resueltamente la existencia de una enfermedad leprosa. A pesar de todo, opinan que este bacilo bien puede ser el de la lepra. Este bacilo se parece es verdad, completamente al bacilo de la tuberculosis, „sin embargo, su distribución intracelular no ha sido jamás observada de un modo tan típico sino en los bacilos de la lepra.

„En fin; el hecho más importante, según estos autores en favor de su opinión, es que estos bacilos como los de la lepra, se coloran más rápidamente que los bacilos de la tuberculosis en las soluciones alcalinas de alinina.“

R. Melcher, A. P. Ortmann, Uebertragung von Lepra auf Kaninchen. (Inoculación de la Lepra á los conejos). (In Berliner klinische Wochenschrift. 1885, n. 13.

Nota. Datos recogidos y recopilados por el Dr. A. Doyon.

Datos y opiniones tomadas de la memoria sobre la lepra, escrita por D. Juan Bautista Poquet, que por disposición superior fué presentada á la autoridad gubernativa de Alicante en 8 de Septiembre de 1878.

I. „Sufrió ya la nación judaica esta enfermedad durante el largo cautiverio en Egipto y la llevó consigo aún después de su libertad.“

„Las leyes de Moisés nos manifiestan el horror que inspiraba la lepra, puesto que disponían el aislamiento de los invadidos de ella y les privaban de habitar en poblado, obligándoles á ir con los vestidos descosidos por varias partes, la cabeza rapada y descubierta, tapada la boca con la ropa y gritando que estaban contaminados é inmundos para que nadie se les acercase (Levítico, cap. XIII). Las palabras de Job, de aquel tipo de todas las miserias y de toda la paciencia humana, nos describen espantosamente los efectos del mal de la lepra. Recostado sobre un muladar, exclama en diferentes ocasiones: „Mi piel ulcerada, negra y resecada no tiene carnes que la sostengan y se pega á los huesos; atroces dolores no me dejan descansar ni de día ni de noche; la infección de mi aliento me convierte en objeto de fastidio y horror para mi esposa; mi casa es un infierno“.

„El nuevo testamento nos pinta también á los leprosos como á hombres castigados por Dios que sufren una condena lentamente ejecutada, roidos por la reprobación pública, por un sentimiento de terror que excluía toda compasión. En tiempos remotos el mal de lepra era poéticamente llamado hijo primogénito de la muerte.“

„En la Edad Media, al regreso de las Cruzadas, otra vez nos encontramos con la lepra, mirada por los musulmanes como una sentencia de abyección y de muerte en el aislamiento, cual lo había sido también por los indios, los persas y otras naciones.“

„La religión cristiana templó con socorros hospitalarios el horror que infundían los leprosos. Asi vemos á los cristianos llamar á la lepra, mal de San Lázaro, — porque creían que de lepra murió el hermano de María y Marta resucitado por Jesús, — y confiar los leprosos al cuidado de los caballeros de la orden militar de San Lázaro, instituida en el siglo IV (año 365).“

„Por lo que á España se refiere todos opinan, los historiadores, los médicos, que la lepra apareció por primera vez en ella al mismo tiempo que en Italia y en las demás naciones europeas, esto es, por los años 60 antes de Jesucristo, al regreso de Siria y Egipto del ejército del gran Pompeyo. La lepra se aclimató perfectamente en la península hispánica causando enormes estragos. La historia nos refiere que de lepra murió (año 923) en acerbos dolores y congojas, Fruela el hijo de Alfonso el Grande, y si hasta los príncipes alcanzaba el contagio, fácil es calcular el terrible imperio que este virus ejercería sobre los pobres, débiles y necesitados.“

„En el siglo XI los progresos en la lepra hicieron indispensable el establecimiento de hospitales ó lazaretos para los leprosos. El primero de que se tiene noticia fué fundado en Valencia por Ruiz Diaz de Vivar, llamado el Cid Campeador, general de las tropas del Rey D. Sancho II, por los años 1067.“

„Luego Alfonso el Sabio ordenó que se estableciera en Sevilla una casa de la orden de San Lázaro donde fuesen recogidos y tuviesen incomunicados á los gafos, plagados y malatos (leprosos), á cuyo hospital concedió muchos y muy grandes privilegios.“

„A continuación se establecieron en varios puntos diferentes hospitales lazarinos, construyéndose siempre fuera de los pueblos para evitar el contagio con arreglo á las antiguas disposiciones del Levítico.“

„En 1477 tomaron los Reyes Católicos la fuerte é importante medida higiénica de quitar al clero la dirección de los numerosos lazaretos que existían, poniendo su gobierno en manos de médicos especiales que se llamaron „alcaldes de los enfermos de lepra“ (pragmática del 30 de Marzo, dada en Madrid). Con estas medidas higienicas llegó casi á desaparecer la lepra de Europa. Libre la sociedad por muchos años de tan asquerosa dolencia, ya no debe parecer extraño el que á los gobiernos, á la clase médica y más aún al pueblo, „haya pasado desapercibido su actual retoñamiento y admirable modo de reproducción.“ Forma verdaderamente un gran „contraste la facilidad de reconocer la lepra que tienen los moradores de algunos pueblos de la provincia de Alicante, en donde es diagnosticada

hasta por los mismos chiquillos" con la supina ignorancia en la que, por espacio de mucho tiempo, han permanecido, no solo las autoridades, si que también los médicos en la misma capital de Alicante y de muchos pueblos de la provincia de Valencia, especialmente de los situados en la Ribera del Júcar, en cuyos puntos á pesar de pulular públicamente los leprosos, no han llamado la atención de los encargados de velar por el bien público."

„El gobierno español, advertido ya de la existencia y gravedad del mal[1]), ha tomado las más sabias y oportunas medidas de aislamiento (hoy completamente abandonadas, sin razón, en las provincias de Valencia, Alicante y Castellón. Observación de Manuel Zuriaga), las mismas que en otro tiempo casi extinguieron la enfermedad. Despierte también la clase médica; fijen su atención en este gran padecimiento las Academias de Medicina y Cirujía y las muchas notabilidades médicas españolas; estúdiese el modo de combatir esta mortífera dolencia y dispénsese al menos que un pobre médico de aldea, metido entre leprosos desde hace muchos años, dé el grito de alerta y francamente exhorte á sus comprofesores á que estudien el mejor modo de combatir á este cruel enemigo, además del establecimiento del aislamiento tan eficaz en otro tiempo."

„No se conoce predisposición especial para este padecimiento, y si bien parece atacar con preferencia á los jóvenes, sin distinción de sexos (con menos frecuencia á los niños), hasta la edad de treinta y cinco años, se ven no obstante algunos afectados de de esta dolencia á los setenta y „hasta más de los ochenta años, observándose entre todos los invadidos de esta villa, y en inmensas poblaciones, muy pocos ó ningún atacado de lepra procedente de padres morphéticos, por lo que no se debe dar mucho valor á su procedencia por herencia."

„Causas. — Se observa esta enfermedad en las inmediaciones de las costas y en las islas. Considéranse como causas que pueden favorecer su desarrollo la permanencia en lugares húmedos y pantanosos; el uso de alimentos salados, atribuyéndose también en algunas comarcas al uso de la carne de cerdo; en las personas que lo han padecido lo suelen reproducir las grandes fatigas, las suspensiones menstruales, el abuso de las bebidas alcohólicas y las afecciones morales."

D. Juan Bautista Poquet, Crónica Médica, 5 de Febrero de 1879. Resumen de la memoria del citado autor.

II. Lepra (continuación). „Como esta enfermedad es una de aquellas que se transmiten de una persona enferma á otra sana cuando tienen alguna relación entre sí, cuya transmisión por medio de un contacto directo ó indirecto se llama contagio, resulta que su causa ó agente principalmente productor al que se debe su extensión ó su propagación, es un virus contagioso cuya existencia revelada por sus constantes efectos non puede ponerse en duda por más que escape á

1) Nota de Manuel Zuriaga. — Desde entonces en el año 1878, hasta el presente, en el 1897, no ha tomado el gobierno español ninguna medida seria para impedir la propagación de la lepra.

nuestros sentidos.“ (En otro tiempo seria exacto lo que dice el profesor Poquet; hoy dia, gracias á los estudios microscópicos y experimentales, la naturaleza de este virus es conocida, como habrá visto el lector en páginas anteriores. Observación de Manuel Zuriaga).

„El modo de invadir ó propagarse este cruel azote, que tan despiadàdamente ataca á varias comarcas en nuestra querida España, como igualmente la perfecta sanidad de que gozan las personas y pueblos próximos á los lugares donde reina la endemia del mal nombrado, que se hallan aislados ó con menos relaciones con los afectados, prueban la contagiosidad de esta dolencia“. (Véase el escrito de Leloir citado A, capitulo VIII, resumen de un escrito de Mr. Leloir por Mr. Brocq). „Corrobora mi aserto, poniendo en evidencia el contagio en cuestión, el itinerario que en su progresivo desarollo, ha sido seguido por la asquerosa y pestilencial enfermedad que nos domina en el transcurso de veintiocho años y que en este pueblo habita. En el año 1850, la localidad[1]) libre de la enfermedad de San Lázaro, fué visitada con alguna frecuencia por cierto joven de uno de los vecinos pueblos del Marquesado de Denia (Sagra), en ocasión de hallarse éste padeciendeo en la citada fecha, con todos sus síntomas característicos, de la lepra tuberculosa; comunicándose con frecuencia y tratando con intimidad con algunos mozos de este vecindario, hasta el término de comer, beber y dormir con alguno de ellos; este abuso dejó sentir pronto sus efectos en el más próximo de sus amigos N. Poquet, que víctima de tan horrible mal, murió después de diez años de padecer.“

„Tomada ya la lepra carta de domicilio en el pueblo de Parcent, se observaron sucesivamente varios ejemplos: Un vecino de la casa de Poquet, llamado José Mora Pérez, tardó muy poco en contraer la enfermedad siendo estos dos sujetos el foco de donde dimanan los cuarenta casos ocurridos después[2]).“

„Respecto al primero, un sobrino suyo, llamado Ramón, no desdeñándose en el trato social y familiar con su tío y hasta mofándose del contagio en el que no creía, fué atacado también de igual enfermedad. De la casa de un hermano de Ramón, por sus abusivos tratos con el último pariente, se hallan padeciendo en la actualidad cinco individuos[3]) sin contar otro vecino de Laguart procedente de la misma familia. Total siete ó en rigor ocho individuos por hallarse infecto otro pariente de estos mismos.“

„Respecto al segundo, ó sea José Mora, el pueblo unánime cuenta mayor número de infeccionados procedendes del mismo.“

„En resumen; todo el pueblo en masa observa, comprende y señala el origen ó procedencia individual de la afección reinante que

1) Nota de Manuel Zuriaga. — Poquet se refiere á Parcent (Alicante).

2) En la época en que escribe esto D. Juan Bautista Poquet existían cuarenta casos, hoy son muchísimos más los casos observados, entre existentes y muertos. (Observatión de Manuel Zuiraga.)

3) Todavía viven y les conozco personalmente. Año 1887. (Observación de Manuel Zuriaga).

tanto alarma y preocupa hoy al país, contando como evidente la existencia del contagio.“

D. Juan Bautista Poquet, Crónica Médica, 5 de Marzo de 1879 núm. 36. Memoria citada.

Hechos adquiridos por referencia.

Historia de la lepra en Parcent[1]).

I. En el año 1849 se encontraba este pueblo completamente virgen de la enfermedad de San Lázaro. Llegó el año 1850; á un vecino leproso de Sagra (provincia de Alicante, distrito de Pego), que era amigo íntimo de Vicente Poquet Andrés (primer leproso de Parcent), le ocurrió frecuentar este último pueblo, alojándose en casa de Poquet. Esta amistad íntima (comían en el mismo plato y con las mismas cucharas, bebían en los mismos vasos y dormían juntos), este trato abusivo se dejó sentir en Poquet al cabo de algún tiempo. El desdichado vecino de Parcent, adquirió la enfermedad que padecía su amigo de Sagra durante el primer año de intimidad.

Un sobrino de Vicente Poquet Andrés, llamado Ramón Poquet Pérez, que frecuentaba la casa de su tío, no tardó también en contraer la enfermedad de San Lazaro; tenía Ramón tres hermanos casados, llamados Bautista, José y Rosa. Temiendo al mal el Bautista y Rosa, cortaron en absoluto todo trato con Ramón. Más atrevido y menos cauto el segundo llamado José, no tuvo inconveniente alguno en tratar él y en que sus hijos tratasen á su hermano Ramón Poquet Pérez. No tardó la lepra en tomar carta de domicilio en casa de José: de los siete hijos de José, cinco fueron invadidos.

Tal alarma se produjo en los dos restantes al ver leproses á sus cinco hermanos, que huyendo de la casa paternal buscaron otro domicilio en el que ya permanecieron siempre, cortando toda clase de relaciones con el resto de su familia; éstos han permanecido siempre sanos. Los atacados son Ramón Poquet Pérez, Lorenzo, Carmen, María, Rosa y Bautista de los mismos apellidos y son nombrados por el orden que contrajeron la enfermedad.

Los no atacados son José Ca... y X. (se ignora el nombre del segundo) quienes como hemos dicho también hermanos de los anteriores, continuaron siempre apartados del resto de la familia. El padre de los siete hermanos ó sea José Poquet Pérez murió de una lésion orgánica del corazón; la madre vive, es vieja y está sana. Los cinco hermanos leprosos nombrados continúan sufriendo el mal de Sa Lázaro que ya ha llegado al período de caquexia.

II. En las inmediaciones de la casa del primer leproso de Parcent, vivía José Mora, quien tenía alguna amistad con el anteriormente nombrado. Frecuentando José Mora la casa de Poquet Andrés no tardó el José Mora en contraer la enfermedad que sufría el Poquet. Lindando con la casa de Poquet, vivía Joaquín Guardiola Mora, quien no

1) Los mismos hechos arriba relatados por D. Juan Bautista Poquet y sus consecuencias ulteriores. Datos adquiridos por referencias de D. Hermenegildo Poquet ex-alcalde de Parcent é hijo de D. Juan Bautista Poquet. — M. Zuriaga.

era amigo de José Mora; pero su hijo Joaquín Guardiola Giner fué víctima del mal de San Lázaro; y transcurridos muy pocos años fueron contagiados dos hermanos de José llamados Joaquín y Vincente, hermanos todos, Guardiola Giner de apellidos, que vivían en la misma casa; han muerto los dos primeros y existe todavía enfermo el último.

Joaquín Guardiola Giner, algún tiempo antes de su muerte, visitaba con muchísima frecuencia la casa de Joaquín Pérez Mora y tenía mucha amistad con dos hijas de éste llamadas Vicenta Pérez Cervera y Silveria de los mismos apellidos; y la amistad de Joaquín era tan íntima con las hermanas citadas, que éstas no tenían inconveniente en coser y remendar algunas piezas de ropa pertenecientes á Joaquín Guardiola Giner, dando por resultado estos tratos que fueron invadidas de la misma dolencia las mencionadas hermanas Vicenta y Silveria. Por desgracia de esta familia tardaron muy poco tiempo en ser atacados cinco hermanos más, todos cuantos existían en la casa, á excepción de los padres que permanecieron sanos. La madre de Vicenta y Silveria murió de un catarro crónico de las vías respiratorias; y el padre, que vive todavía, no ha sido atacado de esta enfermedad.

Los atacados son las mencionadas hermanas Vicenta y Silveria por el orden cronológico. Los que sufrieron después la lepra griega son: Victoriano, Bautista, Leopoldo, Antonio y Alejandrino. De éstos, tres han muerto, se ignora el paradero del cuarto, y los restantes que existen padecen de la lepra anestésica.

III. Fueron quintos de un mismo reemplazo y sufrieron la suerte de soldados en un mismo año, Ramón Poquet Pérez (segundo leproso de Parcent), José Mora Morell y Antonio Pérez Ballester en compañía de otros varios mozos del mismo pueblo. Solo Ramón Poquet Pérez era leproso; en ninguna de las famillas restantes á las que pertenecían los quintos, tuvieron jamás ningún leproso, y en el momento de ser llamados al servicio de la pátria, todos estaban sanos. Todos los quintos, temerosos de contraer la lepra, y repugnándoles el estado de Ramón Poquet Pérez, se separaron de este último. José Mora Morell y Antonio Pérez Ballester, mofándose de sus compañeros y tomando á broma el supuesto contagio de la lepra, no tuvieron inconveniente durante algunas semanas, en comer y beber en compañïa de Ramón Poquet Pérez y en cultivar su amistad. La medida acertada y prudente del mayor número de los quintos dió resultados favorables para los temerosos. Los atrevidos y temerarios sufrieron después de algún tiempo los estragos de la enfermedad de la cual han fallecido.

IV. Filomena Poquet Ripoll, sin antecedentes hereditarios, adquirió la enfermedad después de haber contraído matrimonio, no se sabe por qué conducto, y en una época en que ya existían bastantes leprosos en Parcent. A pesar de su estado patológico, tuvo conocidos por mí cinco hijos, todos nacidos estando la madre leprosa y habiendo nacido ellos todos sanos. Estos hijos han crecido siempre sanos; hay dos de ellos casados, el uno de veintitres años y la otra de veinte años. Esta segunda tiene un hijo de corta edad lleno de salud, lo mismo que su madre. El más pequeño de los

hijos de Filomena Poquet Ripoll, que tiene diez años de edad, está hoy completamente sano.

V. Josefa María Mora, „sin antecedentes hereditarios, perteneciente á la clase acomodada de la sociedad,“ fué invadida de la lepra, sin saber á qué atribuir el origen de su mal, en una época en que existían ya algunos leprosos en la población. Esta señora, antes de contraer el mal, tuvo algunos hijos sanos. Vivían en su casa dos de sus hijos, ambos varones llamados José Pérez Mora, de veintiocho años de edad próximamente el uno, y el otro llamado Bartolomé, de veintitres años. Estos hijos vivían en familia con su madre al tiempo de contraer esta última la enfermedad de San Lázaro, y continuaron en el mismo domicilio prestando los auxilios necesarios á la pobre madre enferma. No tardaron mucho tiempo el hijo José, y un poco más tarde su hermano Bartolomé, en contraer la elefantiásis de los griegos. Debido á la posesión social de la enferma y teniendo recursos para ello, buscó Josefa María Mora dos sirvientas para que se dedicaran á llenar los servicios ordinarios de la casa. Estas sirvientas, llamadas María Rosa y Antonia Mora, „sin antecedentes hereditarios,“ fueron invadidas de la enfermedad reinante, después de haber prestado algún tiempo sus servicios como domésticas y como enfermeras en aquella casa. María Rosa y Antonio han fallecido à consecuencia de los estragos del mal de Job. Han fallecido también todos los restantes citados en este último párrafo.

VI. La enfermedad se ha propagado en estos últimos tiempos en una gran parte de la población, sin que en muchos enfermos pueda averiguarse el origen de su mal; más existiendo algunos leprosos cuyos ascendientes no lo fueron nunca y algunas otras familias en las que han sido atacados ascendientes y descendientes.

Ninguna medida preventiva se ha tomado hasta hoy por vía gubernativa encaminada á impedir la generalización de esta terrible y repugnante dolencia. Este abandono ha dado por resultado que desde el año 1850 hasta la fecha, en un pueblo pequeño como es Parcent, haya habido sesenta invasiones próximamente, la mayor parte de ellas sin antecedentes hereditarios, habiendo fallecido sobre cuarenta y cinco y existiendo en la actualidad quince ó algunos más leprosos.

Estos hechos y| su relación fueron adquiridos por referencias verbales de D. Hermenegildo Poquet Pérez, ex-alcalde de Parcent, hijo del difunto médico D. Juan Bautista Poquet, hoy individuo de la Junta Municipal de Sanidad de dicho pueblo. Quedamos autorizados por el citado señor para la publicación de los hechos antes dichos. Valencia 6 de Abril de 1887.

Resumen de Estos Hechos por Manuel Zuriaga.

Un vecino de Sagra cuyo nombre se ignora. — Amigo de Vicente Poquet Andrés, de Parcent.

Vicente Poquet Andrés. — Primer leproso de Parcent, amigo del vecino de Sagra.

Ramón Poquet Pérez. — Sobrino y amigo de Vicente Poquet Andrés, segundo leproso de Parcent.

Ramón Poquet Pérez. — Hijo de José Poquet Pérez, sobrino de Ramón Poquet Pérez (el anterior) su padre.

José Poquet y el tercero nombrado, amigos del segundo José Poquet Pérez.

Lorenzo Poquet Pérez. — Hermano de Ramón Poquet Pérez, (el segundo nombrado vive en familia con sus hermanos), cuarto leprose de Parcent y segundo leproso de los hijos de José Poquet Pérez.

Carmen Poquet Pérez. — Hermana de Ramón Poquet Pérez (el segundo nombrado y de Lorenzo de los mismos apellidos), tercera leprosa de la familia de José Poquet Pérez y hermana de los leprosos siguientes.

Ma. Rosa Poquet Pérez. — Hermana de Ramón Poquet Pérez, el segundo de estos apellidos nombrados y Lorenzo y Carmen; cuarta leprosa de la familia de José Poquet Pérez.

Bautista Poquet Pérez. — Hermano menor de Ramón Poquet Pérez (segundo de este nombre) y de Lorenzo, Carmen y María Rosa; los cinco hermanos nombrados vivieron y viven en familia. Ramón Poquet Pérez (segundo de este nombre) y Lorenzo, Carmen, María Rosa y Bautista de los mismos apellidos, todos leprosos, hijos de José Poquet Pérez, hermano éste del primer Ramón Poquet Pérez. José Poquet Pérez y X. Poquet Pérez, hijos también de otro José Poquet Pérez nombrado, y hermanos de Ramón (segundo de este nombre) de Lorenzo, Carmen, Maria Rosa y Bautista, abandonaron la casa paterna y la amistad de sus hermanos y no han sido leprosos.

José Mora. — Amigo y vecino de Vicente Poquet Andrés.

José Guardiola Giner. — Vecino y amigo de José Mora (primer leproso de la familia de Joaqui Guardiola Mora, padre este último de José Guardiola Giner).

Joaquin Guardiola Giner. — Hermano de José Guardiola Giner, segundo leproso de la familia de Joaquin Guardiola Mora.

Vicente Guardiola Giner. — Hermano del anterior, tercer leproso de su familia; los dos primeros han muerto y el tercero existe.

Vicenta Pérez Cervera. — Amiga de Joaquin Guardiola Giner, de familia hasta entonces exenta de lepra.

Silveria Pérez Cervera. — Hermana de Vicenta Pérez Cervera, segunda leprosa de la familia de Joaquin Pérez Mora, amiga como su hermana de Joaquin Guardiola Giner.

Victoriano Pérez Cervera. — Hermano del anterior.

Bautista Pérez Cervera. — Id. íd.

Leopoldo Pérez Cervera. — Id. íd.

Antonio Pérez Cervera. — Id. íd.

Alejandrino Pérez Cervera. — Hermano del anterior. Vicenta, Silveria, Victoriano, Bautista, Leopoldo, Antonino y Alejandrino todos del mismo apellido Pérez Cervera, hermanos que vivían en familia; todos han sufrido la enfermedad de San Lázaro, y su padre Joaquín Pérez Mora está sano; su madre murió de un catarro crónico en las vías respiratorias.

José Mora Morell. — Sin antecedentes hereditarios, soldado

del reemplazo del mismo año que Ramón Poquet Pérez segundo leproso de Parcent y amigo íntimo de éste.

Antonio Pérez Ballester. — Sin antecedentes hereditarios; soldado del mismo reemplazo que Ramón Poquet Perez segundo leproso de Parcent, y amigo de éste y de José Mora Morell.

Filomena Poquet Ripoll. — Sin antecendentes hereditarios, tiene su mal origen desconocido; tiene cinco hijos todos sanos hasta la edad de adultos, habiendo nacido todos sus hijos de madre ya atacada de la enfermedad. Uno de estos hijos tiene veintitres años y está casado y sano; la hija tiene veinte años, está casada también; tiene un hijo de corta edad sano como la madre.

Tiene el menor de los hijos de Filomena Poquet Ripoll la edad de diez años, y sigue completamente sano.

Josefa Maria Mora. — Sin antecedentes hereditarios, pertenecientes á la clase acomodada de la sociedad; no conoce el origen de su mal; había ya bastantes leprosos en la población cuando empezó á padecerlo. Esta señora estando sana tuvo varios hijos sanos. De entre ellos, dos permanecieron en el seno de la familia hasta la época y después de la época de la aparición de la lepra en la madre; estos hijos, á los veintiocho años de edad próximamente el uno, y á los veintitres el otro, contrajeron la enfermedad que padecía su madre.

José Pérez Mora. — Hijo de Josefa María Mora, nació sano estando madre sana. Contrajo la lepra á los veintiocho años de edad próximamente, y poco tiempo después de padecerla su madre, cuidaba de ella.

Bartolomé Pérez Mora. — Hermano del anterior contrajo la lepra á los veintitres años de edad en idénticas condiciones que su hermano José.

María Rosa Mora. — Sin antecedentes hereditarios; de la clase pobre entró al servicio de la señora Josefa María Mora, estando su señora leprosa.

Antonia Mora. — Sin antecedentes hereditarios, ni de familia, entró al servicio como su hermana María Rosa Mora, de la señora Josefa María Mora; ambas hermanas han sucumbido víctimas de la lepra griega, como todos los restantes nombrados de la misma casa.

Existieron después en la poplación muchos leprosos sin antecedentes conocidos, en cuanto se generalizó el mal. Los hay que no tienen leprosos en sus ascendientes; y se observan padres é hijos que han padecido de la enfermedad, los últimos antes que los primeros.

La herencia aparente no existió en la población atacada hasta que se generalizó la plaga, saliendo la lepra del seno de las familias para convertirse en mal social ó general.

Nota. Para que el lector pueda comprobar de un solo golpe de vista y de un modo claro y evidente, el desarrollo de là lepra en Parcent, nos hemos permitido presentar el adjunto dibujo que D. Adolfo Ortenbach supo perfectamente interpretar y tuvo la amabilidad de realizar.

Observaciones personales de Manuel Zuriaga.

I. Tomadas de un libro registro de Manuel Zuriaga Años 1886 y 1887.

Observación num. 1. Isabel B . . ., del pueblo de Ollería (Valencia), de cuarenta años de edad próximamente; dijo que no tenía antecedentes hereditarios; no sabe que ninguno de sus ascendientes haya padecido la lepra. Padece desde hace diez años del mal; su hermana y una hija se encuentran ligeramente afectadas del mismo; su marido está sano. Cuando niña asegura que jugaba con otros niños que más tarde fueron como ella presos de la lepra. Asegura que en las familias de las niñas con las que ella se trató, no había leprosos en los ascendientes. Los hay y los ha habido en el pueblo y en la región donde habita[1]).

Observación num. 2. Rosa P . . ., natural de Valencia, presenta hoy bien manifiestos los caracteres de la lepra tuberculosa (forma inicial). Sin duda el mal debió ofrecer algunos meses antes caracteres poco gráficos cuando algunos médicos apellidaron su erupción sifilide tuberculosa. El tratamiento antisifilítico ensayado por otros médicos como consecuencia racional de su juicio equivocado, dió resultado completamente negativo. En vista de estos antecedentes, y con el fin de formar un juicio exacto, planteó el observador un tratamiento formal antisifilítico que fué seguido durante algún tiempo con resultado completamente negativo. La enferma no sabe cómo adquirió el mal. No hay antecedentes de familia. Sus padres, que viven, no son leprosos.[2]).

Observación núm. 3. Francisco G . . ., de Parcent (Alicante), de treinta y seis años de edad próximamente; habita en Valencia desde hace varios años. Pequeño industrial pobre. — Lepra anestésica (forma mutilante). Adquirió la enfermedad cuando vivía en Parcent donde la lepra es endémica. Un primo hermano suyo ha muerto de la misma enfermedad. Siendo niño comió varias veces en compañia de un leproso. Tuvo un amigo leproso con quien se trataba algunas temporadas. Dice el enfermo que la ropa sucia de muchos habitantes (sanos y leprosos de Parcent), se lavaba durante algún tiempo en el pueblo, en el mismo lavadero. Hay muchos leprosos en su pueblo.

Observación núm. 4. — Teresa C. . ., de cuarenta y cinco años de edad, habita en Vergel; no tiene antecedentes hereditarios; su padre murió de una enfermedad común; su anciana madre goza de buena salud. La enferma que es viuda, tiene un hijo adulto, nacido mucho tiempo antes de contraer ella el mal. La madre de la enferma, completamente sana. En el pueblo que habita hay algunos leprosos. La enferma disconoce cómo pudo adquirir su enfermedad.

Observación núm. 5. — Vicenta R . . ., de Llaurí, de cuarenta

1) El foco de Ollería parece que toma desarrollo. En la Diputación provincial hay un expediente pidiendo las autoridades del pueblo se las conceda permiso para establecer un hospital de leprosos. En la actualidad hay una pequeña leprosería.

2) Esta leprosa ha muerto en la fecha presente 1885.

años de edad próximamente.[1]) Es la única leprosa de su familia y la única también actualmente en su pueblo. En el pueblo ha habido otros leprosos en otro tiempo. En los pueblos inmediatos (Ribera del Júcar) ha habido en otro tiempo muchos leprosos y hoy quedan pequeños focos en algunos pueblos. Su marido está sano; pertenece á la clase rica de la sociedad.

Observación núm. 6. — Eduardo P . . . T . . ., de Parcent, (Alicante); adolescente. En el pueblo reina la lepra endémicamente desde hace muchos años (cuarenta próximamente). Antes de esta época, dice el padre del enfermo, que esta dolencia era desconocida en la población. Su padre y su madre están sanos; sus hermanos están también sanos. El padre que tiene alguna cultura hace todo lo posible por aislar al enfermo de los sanos, aunque viven todos en la misma casa. Un tío del enfermo que padeció y murió de lepra, habitó la casa de sus sobrinos hasta la época de su muerte.

Observación núm. 7. — María L . . . L . . ., natural de Valencia; ha vivido siempre en esta ciudad. Asegura que no ha habido leprosos jamás en la familia. Dice que no se ha tratado con ningún enfermo de esta clase; pero interrogada de nuevo refiere que habitando en los barrios extramuros cerca de la huerta, conoció algunos leprosos. Refiérese que pasaron á su casa accidentalmente, algunas veces (pocas) estos enfermos que habitaban las barracas de la huerta; hace ya algunos años que fallecieron.[2])

Observación núm. 8. — José T . . ., de Castellón de Rugat (Valencia), habita algunos años en Valencia. No existen leprosos en su familia; su madre, viuda y anciana está completamente sana; sus hermanos están sanos, su mujer, con quien hace pocos años se casó el enfermo, está hasta la fecha, según refieren el marido y la madre del marido, completamente sana. No sabe el enfermo con certeza si en su país natal hay ó no otros enfermos que padezcan el mal de San Lázaro.

Observación núm. 9. — Francisco P . . . M . . ., natural y vecino de Almóines (Valencia). En la familia hay leprosos (hermanos). Reina la lepra en el pueblo y en la región que habita. Varias veces durmió el enfermo, antes de contraer la enfermedad, con uno de sus hermanos leprosos. Padece de la forma trofoneurótica.

Observación núm. 10. — José M . . ., natural y vecino de Alcira (Valencia), hornero de profesión, sin antecedentes hereditarios; padece lepra tuberculosa en el período caquéctico; según dice el enfermo hay otros leprosos en la población. Este enfermo ha estado amasando el pan que comían los habitantes de Alcira ¡¡hasta la época que lo permitió su salud general!![3])

Observación núm. 11. — Consolación Z . . ., natural y vecina de Orba (Alicante). Reina la lepra endémicamente en aquella región; en su pueblo hay algunos leprosos. „Ni sus padres, ni sus hijos, ni su marido tienen lepra;" padece la enfermedad desde hace pocos

1) Esta enferma ha muerto á consecuencia de la lepra, en el año 1897.

2) Muchos años que se dice que hay familias de leprosos en la Cruz Cubierta.

3) Efectos de la no reclusión y de libertad profesional de los leprosos. Hace años que ha muerto este enfermo.

meses; y esta mujer, que es cuidadosa y amante de sus hijos, mandó que los sacaran de su casa.

Todos los enfermos citados son personas de buena y mediana posición, excepto Francisco G. de Parcent.

II. Tomado de otro libro registro de Manuel Zuriaga.

Observación núm. 1. Antonio R..., de Xeresa, pobre de solemnidad, mala alimentación, habitación insalubre; de treinta y cuatro años de edad, padece la enfermedad hace ocho ó diez años; soltero. Los antecedentes de su familia son para mí completamente desconocidos.

Observación núm. 2. Joaquín S., de Jávea, pobre, natural y vecino del mismo pueblo. Hay leprosos en la región y en la localidad que habita. Expulsado de la población por la autoridad á instancias de algunos vecinos, vive en la actualidad solo, abandonado, aislado en una caseta á orilla del mar. El enfermo asegura que en su pueblo „hay personas acomodadas que sufren su mal y no han sufrido la misma suerte; y clama contra la injusticia de bárbaros procederes y contra el abandono en que se encuentra." Sus hermanos que „nunca han vivido con él, están completamente sanos;" su mujer está sana. Faltan algunos antecedentes.

Observación núm. 3. Liberato B., de cuarenta y cinco años de edad, casado, natural y vecino de Simat de Valldigna (Valencia), arriero de profesión. Algunos de sus ascendientes han sido leprosos; en la localidad y en la región que habita ha habido siempre lepra. Al presentarse las primeras manifestaciones del mal „todos sus hermanos huyeron del enfermo" y de la región que habitaban. Hasta el presente, y ya hace muchos años (doce años próximamente), que los hermanos de Liberato B., alguno de ellos — uno casi tan viejo como su hermano — permanecen completamente sanos. La mujer del enfermo y sus tiernos hijos están sanos en el momento de la observación. Este enfermo ha muerto á consecuencia de las lesiones toráxicas y gastrointestinales que sufría en el último período de su enfermedad.

Observación núm. 4. Santiago O., de treinta y ocho años de edad, natural y vecino de Almóines (Valencia). — Lepra mixta (tuberculosa y anestésica). No hay leprosos en su familia, pero sí en la localidad que habitó. Pobre de solemnidad; vive en malas condiciones y mal alimentado.

Observación núm. 5. Inés C. y P., de veintitres años de edad, natural y vecina de Catarroja (Valencia), padece la lepra tuberculosa y anestésica. Dice que hay hoy, y ha habido en otro tiempo, más leprosos en la población qne habita; casi pobre de solemnidad, está mal alimentada y vive en malas condiciones higiénicas. Por no prestarse nunca la enferma á un interrogatorio serio, desconozco los antecedentes de familia.

Observación núm. 6. José L., natural y vecino de Benicarló (Castellón), de veintidos años de edad, soltero, de buena posición social, bien alimentado y robusto, padece lepra tuberculosa. El es el

primero y único leproso de su familia. Sus padres, siguen gozando de buena salud, de la que gozaron también sus abuelos; sus hermanos están sanos. Asegura que en su pueblo no hay otro enfermo como él; pero existen muchos en los pueblos inmediatos[1]).

Observación núm. 7. Elisa B., natural y vecina de Villarreal (Castellón), joven soltera de buenas costumbres, de temperamento linfático y constitución débil, perteneciente á la clase acomodada de la población; bien alimentada; padece de lepra tuberculosa. Sus padres, hermanos y toda la familia gozan de buena salud. En la población hay algunos casos, aunque pocos en número, de lepra. Refiere su padre que siendo alcalde de Villarreal, iban unos cuantos mendigos leprosos implorando la caridad pública, y con este objeto penetraban algunas veces en las casas ricas de la población. Su hija Elisa C., acostumbraba á darles muy frecuentemente alguna limosna. Creyendo el padre de la actual enferma que esto pudiera perjudicar á la salud pública, dispuso que se recluyeran á los leprosos mendigos, y buscó y encontró medios para que el municipio les procurara la subsistencia. Cuando dejó de ser alcalde dicho señor, la persona que le reemplazó en su cargo, opinando que los recursos que se prestaban á los leprosos eran excesivamente gravosos al municipio, mandó á sus subordinados que dejaran de proporcionar la subsistencia á los leprosos, dejándolos al mismo tiempo en completa libertad. Los que habían sido durante algún tiempo solo leprosos, volvieron á convertirse en mendigos leprosos.

Dice su hija Elisa C. que ella y otras muchachas acostumbraban á bañarse frecuentemente en una acequia, en donde supieron luego que se bañaban durante la noche algunos leprosos de la población.

Observación núm. 8. Rafael T., de Simat de Valldigna (Valencia), de treinta y nueve años de edad, sin antecedentes hereditarios, padece de lepra tuberculosa hace pocos años. Una hermana menor del enfermo, que vivía en casa de Rafael F., siendo éste ya leproso, ha aparecido leprosa cuando su hermano padeciá ya cuatro años la enfermedad.

Refiere el enfermo, que yendo por los caminos y posadas á sus negocios, son su compañero y amigo el leproso Liberato B., ya citado, cuando éste padecía desde algún tiempo ha (bastantes años) el mal, corriendo, comiendo, bebiendo y haciendo vida común con el enfermo, aparecieron en él — al cabo de unos tres años — los primeros síntomas de la elefantiásis de los griegos.

Observación núm. 9. Francisco P., de catorce años de edad, natural y vecino de Rafelcofer (Valencia), padece de lepra tuberculosa desde hace dos años. En el pueblo que habita y la región, existe la lepra de un modo endémico; el padre de este niño está sufriendo la lepra en el último período; la madre que está ya vieja está sana.

Observación núm. 10. Padre Fray Zacarías E., de veintiocho años de edad, constitución robusta, natural de Rafelcofer, habita en el convento de Cocentaina, de donde es fraile, y actualmente está de Regente de una parroquia cuyo nombre ignoro[2]). Lepra tuberculosa

1) Existen muchísimos leprosos en esta región.
2) Año 1885.

en el primer período. No ha habido leprosos en su familia. En el país que habita y el pueblo de donde es originario hay algunos leprosos.

Observación núm. 11. Angeles F., joven, soltera, de veintiseis años de edad, natural y vecina de Simat de Valldigna (Valencia), de profesión costurera; no existen leprosos en sus ascendientes. Su hermano mayor Rafael ya nombrado, viene sufriendo la enfermedad cuatro años antes que la joven Angeles. Tanto ella como su hermano son pobres, pero no viven en la miseria. En el pueblo y en la región que habitan existe la lepra ya muchísimo tiempo.

III. De otro libro registro de Manuel Zuriaga.

Enfermos observados en Parcent (Alicante).

Observación num. 1. Francisca C. P., de quince años de edad, de temperamento linfático, constitución débil, padece la lepra tuberculosa desde hace cuatro ó seis años. El padre y la madre de Francisca C. P. están sanos. Una tía y una hermana que vivían en la misma casa de la enferma, hacían vida de familia con ella, han muerto de la misma enfermedad (lepra).

Reina la lepra endémicamente en el pueblo y en la región que habita.

Observación núm. 2. Ramón P. P., de treinta y un años de edad, natural y vecino de Parcent, padece de lepra tuberculosa y anestésica; cinco hermanos que vivieron en familia con el enfermo, empezaron á padecer la lepra después que él. El padre murió de una lesión orgánica del corazón y la madre que es anciana está sana. El padre y ladre vivieron en familia con sus cinco hijos leprosos. Dos hermanos que se apartaron del resto de su familia en cuanto apareció el primer leproso, „han estado siempre sanos.“ En mal de este primer leproso de la familia P. P. tiene quince años de existencia.

Observación núm. 3. Carmen P. P., de veintiocho años de de edad, de constitución mediana, padece la lepra de forma mixta diez ó doce años. Ha vivido y continúa viviendo aún con sus cuatro hermanos leprosos Ramón, Lorenzo, Bautista y María Rosa y con su anciana madre que continúa sana.

Observación núm. 4. Lorenzo P. P., de veinticuatro ó veintiseis años de edad, padece de la lepra tuberculosa que data de la misma edad próximamente que la de los demás enfermos de su familia.

Observación núm. 5. Carmen P. P. Los antecedentes mencionados de sus hermanos; son los mismos antecendentes que los de Lorenzo su hermano, leproso citado.

Observación núm. 6. Bautista P. P., de diezisiete años de edad, hermano de Ramón, Carmen, Lorenzo y María Rosa. Es el cuarto hermano de la familia; viene sufriendo la enfermedad ya hace tres años. Los mismos antecedentes que sus hermanos. (Véase Ramón P. P.)

Observación num. 7. María Rosa P. P., de treinta y cuatro años de edad, padece el mal ya algunos años. Lepra tuberculosa. Todos estos cinco hermanos P. P. de apellido, son casi pobres de solemnidad; todos tienen los mismos antecedentes de familia ya citados.

Observación núm. 8. Miguel M. M., de veintiocho años de edad, padece desde hace cuatro años la lepra (forma mixta). No conozco antecedentes de su familia. Reina la lepra endémicamente en el país donde habita.

Observación num 9. José S. P., de cincuenta años de edad, viene sufriendo la lepra durante cinco años; no tiene antecedentes hereditarios. Reina la lepra endémicamente en su pueblo. Desconozco otros antecedentes.

Observación núm. 10. Angel P. M., de cuarenta y cinco anos de edad, de temperamento sanguinoso, sujeto fuerte, robusto y vigoroso; viene sufriendo la lepra durante dos años (forma máculo tuberculosa). Su mujer está sana. No conozco otros antecedentes.

Observación núm. 11. Francisco R. S., natural y vecino de Murla (Alicante), padece de lepra tuberculosa; tiene un hermano leproso que padeció la enfermedad antes que Francisco. Existen entre los dos hermanos las relaciones naturales de familia. Reina lepra de un modo endémico en el país que habita.

Observación núm. 12. Esteban E. R., de cuarenta y cinco años de edad, de temperamento linfático y constitución débil, viene padeciendo la lepra ocho años. El enfermo atribuye el origen de su mal á una emoción moral producida por haber caído en un río y haber sido arrastrado por la corriente un largo trecho. Este enfermo vive en una casa de campo situada en el término de Parcent. Desconozco otros antecedentes.

Observación núm. 13. José A. M. F., de veintiocho años de edad, de temperamento nervioso, constitución mediana, padece diez años la lepra de forma trofo-neurótica. Ha habido leprosos entre sus hermanos, pero no tiene antecedentes hereditarios directos.

Observación núm. 14. Antonio M. P., de setenta y tres años de edad, de temperamento sanguíneo nervioso, de constitución buena, padece la lepra tuberculosa hace seis años. No tiene ningún antecedente hereditario.

Observación núm. 15. Bautista P. P., de treinta y tres años de edad, linfático, bien constituído, padece de lepra tuberculosa. Desconozco sus antecedentes.

Observación núm. 16. Juan P. C., de cuarenta años de edad, sin antecedentes hereditarios; padece et mal desde la edad de veinticuatro años.

Observación núm. 17. Vicente R. . . P. . ., de treinta años de edad, linfático, bien constituido, sin antecedentes hereditarios, padece la lepra tuberculosa durante quince años. Los individuos de su familia están sanos.

Observación núm. 18. Vicente G. . . G. . ., de cuarenta y tres años de edad. Sin antecedentes hereditarios. Dos hermanos fueron leprosos antes que él.

Observación núm. 19. Pilar M. . . P. . .. de treinta y un años

de edad, linfática débil, pedece la enfermedad catorce años; sin antecedentes hereditarios. Es casi pobre de solemnidad.

Observación núm. 20. Pascual R.. . . S. . ., natural y vecino de Murla, padece seis años de lepra tuberculosa. No tiene antecedentes hereditarios; un hermano empezó á padecer la enfermedad después que él. Todos los enfermos nombrados, á excepción de algunos, gozan de mediano bienestar.

IV. De otro libro registro de Manuel Zuriaga.

Enfermos observados en Parcent (Alicante).

Observación num. 1. Demetrio T. . . G. . ., vecino de Orba (Alicante), de veintiun años de edad, de temperamento linfático-nervioso, de constitución débil. Dice que no conoce el origen de su mal y su procedencia (padece de lepra tuberculosa); su enfermedad solo data de año y medio. Desconozco otros antecedentes „existiendo la lepra" endémicamente en el pueblo de su procedencia.

Observación núm. 2. Maria R. . . C. . ., natural y vecina de Orba (Alicante), de cincuenta años de edad, temperamento sanguíneo, constitución mediana, viene padeciendo la lepra de forma tuberculosa típica ya hace cuatro años. Su marido está sano. Desconozco otros antecedentes. Hay lepra en la región que habita.

Observación núm. 3. Pascual B. . . R. . ., joven, de temperamento linfático nervioso, débil. Hace tres años que padece la enfermedad; sus padres están sanos. En su familia solo hubo un tío que padeció la misma enfermedad, „el cual vivió con su sobrino durante dos años".

Observación núm. 4. Rafael M. . . F. . ., de veintinueve años de edad, natural y vecino de Orba (Alicante), de temperamento sanguíneo, robusto. En su familia solo ha habido un hermano que padeció la lepra mucho tiempo antes que él, el cual vivía en el seno de la familia. Reina la lepra endémicamente en su país natal.

Observación núm. 5. Jermán P. . . P. . ., natural y vecino de Orba (Alicante), joven, de unos dieziocho años próximamente (desconozco sus antecedentes por haber desaparecido la hoja en donde estaba inscrito).

Reina la lepra en su país natal.

Observación núm. 6. Juan M. M., natural y vecino de Vall de Laguart (Alicante). No hay antecedentes de la lepra en su familia, pero existen leprosos en el pueblo en donde habita. Dos años y medio que padece la lepra anestésica.

Observación núm. 7. Vicente M. L., natural y vecino de Vall de Laguart, de cincuenta y cuatro años de edad, linfático débil, no tiene antecedentes hereditarios y padece la lepra tres años y medio. Dice el enfermo: por más que he buscado „de quien procede la enfermedad que padezco no puedo averiguarlo".

Observación núm 8. María Rosa F. R., natural y vecina de Pego (Alicante), de treinta años de edad, temperamento linfático, débil; padece la enfermedad hace cinco años; no tiene antecedentes heredi-

tarios. En la región que habita es endémica la enfermedad de San Lázaro.

Observación núm. 9. José S. C., de veintidos años de edad, de temperamento nervioso, de constitución mediana, natural y vecino de Benidoleig (Alicante); tiene leprosos en sus ascendientes. Su padre padeció la misma enfermedad; sus tíos murieron de ella; su bisabuelo fué también leproso. Un tío del enfermo que le acompañaba, persona de bastante edad, sano, asegura que en Benidoleig ha conocido siempre leprosos.

Observación núm. 10. José I. G., natural y vecino de Jalón (Alicante), de treinta y ocho años de edad, linfático, de constitución mediana, tiene antecedentes hereditarios. En el pueblo empieza á haber algunos leprosos; el enfermo desconoce quien pudo contagiarlo.

Observación núm. 11. Vicente B. M., natural y vecino de Vall de Laguart (Alicante), de treinta años de edad, de constitución buena: hace cuatro años que padece la enfermedad de San Lázaro. No tiene antecedentes hereditarios. Un hermano mayor del enfermo ha sufrido antes que él y ha muerto de la lepra griega.

Observación núm. 12. José F. S., natural y vecino de Pego (Alicante), de cuarenta y dos años de edad, de temperamento sanguíneo, de constitución mediana, padece durante dos años de manifestaciones leves (tuberculosas en la nariz) y anestésicas (en los miembros) de la lepra de los griegos. No hay antecedentes hereditarios en la familia y dice que no sabe de quien pudo adquirir el mal. Según referencias existen veinte y tantos leprosos en Pego, población en donde esta enfermedad existe desde hace poco tiempo, según su referencia.

Observación núm. 13. Josefa M... F..., natural y vecina de Orba (Alicante), de cuarenta años de edad próximamente. Sin antecedentes hereditarios, padece la enfermedad (forma mixta) hace doce años. Existe un hermano que empezó á padecer la lepra mucho tiempo después que ellos. Reina la lepra endémicamente en su país natal.

Notas tomadas de otro libro registro de Manuel Zuriaga, escritas por el Sr. Calatayud médico titular de Pedreguer (Alicante).

Enfermos de Pedreguer.

Leprosos que viven en la montaña en casitas de campo separados (aislados) voluntariamente del seno de la sociedad[1]).

Observación núm. 1. Antonio D... F..., de cuarenta y cuatro años de edad, de constitución mediana, casado, sin antecedentes hereditarios; padece la lepra tuberculosa vulgar, sin conocer de donde procede su enfermedad. Existen algunos casos de lepra en esta importante población. „Sin embargo, el número de casos nuevos ha disminuido en Pedreguer desde que la mayor parte de los leprosos han tomado la determinación voluntaria, expontánea de huir de la población.“

1) Nota de Manuel Zuriaga. Estas observaciones con otras citadas, están hechas en el año 1887.

Observación núm. 2. José C... V..., de veinticuatro años de edad, soltero, no tiene antecedentes hereditarios ni conoce el origen de su mal, que data de diez ú once años (forma mixta, facies leonina).

Observación núm. 3. Vicente C... C..., de veintinueve años de edad, soltero, sin antecedentes hereditarios, padece la lepra tuberculosa. Su hermana Casimira la padeció antes que él, y murió á consecuencia de la elefantiásis de los griegos. El padre de estos enfermos, que vivía con sus hijos, adquirió la enfermedad á los „setenta años de edad en época posterior á la de la invasión de su hija Casimira. „El padre fué leproso después que el hijo; herencia aparente á la inversa?!

Observación núm. 4. Antonio B... P..., de treinta y tres años de edad, soltero, sin antecedentes hereditarios; „contrajo la lepra durante el servicio militar por tener por compañero de armas un atacado de lepra tuberculosa.“

Observación núm. 5. Vicente S... S..., de treinta y seis años, casado; no tiene antecedentes hereditarios ni conoce el origen de su mal que data de seis años. La mayor parte de los leprosos citados son pobres, pero algunos entre ellos, bastantes, tienen recursos.

Enfermos que viven dentro de la población.

Observación núm. 1. Domingo E... S..., de veintiun años de edad, casado, no tiene antecedentes hereditarios ni conoce el origen de su mal. Padece de lepra tuberculosa vulgar hace dos años; vive en familia con su mujer y sus hijos sanos.

Observación num. 2. Antonio S... J..., de cuarenta años de edad proximamente, de temperamento linfático, bien constituido; no tiene antecedentes hereditarios. Hace siete años que padece la elefantiásis de los griegos de forma tuberculosa y anestésica. Vive con su familia en el pueblo y es „persona de buena posición social“[2]).

„Todas las mujeres leprosas que vivían en el campo evitaban el ser observadas de todo el mundo, lo que sucedió también con algunos hombres leprosos. Por esta causa no hemos recogido las observaciones que hacen referencia á todos estos enfermos.“

Merecen especial atención los hechos siguientes:

1. Enfermos de Simat de Valldigna (Valencia).

Liberato B... es un leproso de familia de leprosos (lepra de familias). Varios de entre sus ascendientes fueron víctimas del mal de San Lázaro. Liberato B... empieza á padecer la lepra en la edad adulta, aunque todavía joven; es el mayor de los hermanos. Todos estos huyen de Liberato y abandonan la región de donde son originarios para no volver jamás á ella.

No hay por qué decir que los ascendientes de Liberato B..., son los mismos ascendientes de los hermanos de éste, que huyen el trato del enfermo. No fueron nunca atacados de lepra estos últimos. Todos tienen los mismos antecedentes hereditarios patológicos, repetimos.

1) Observación de Manuel Zuriaga.

Rafael J..., vecino del mismo pueblo, amigo, camarada y compañero de profesión de Liberato B..., pero no pariente, anda por caminos y posadas durante varios años constantemente en compañía de Liberato B..., cuando éste era ya leproso. Rafael J... contrae la lepra pocos años después que Liberato B...; Rafael J... no tiene antecedentes hereditarios.

Rafael J. tiene una hermana menor, joven y soltera, que vive en su casa haciendo vida de familia con el leproso. A los veintiseis años, algunos después que su hermano mayor Rafael J..., la joven es atacada de lepra.

2. Enfermos de Predeguer (Alicante).

En el pueblo de Predeguer existe desde hace mucho tiempo la lepra. En una época determinada, cuando el número de leprosos es relativamente considerable, el resto de la población sana toma horror y aversión á los leprosos. Estos enfermos, convencidos de que son objeto de repulsión para sus semejantes, huyen al monte en su mayor parte y se „secuestran voluntariamente del seno de la sociedad". Algunos años después de tener lugar este hecho, la lepra parece disminuir en el pueblo de Pedreguer. Por lo menos el número de las nuevas invasiones es menor. Así al menos se nos ha dicho por las referencias de habitantes y médicos del pueblo.

Enfermos importantes en el nombrado pueblo.

Vicente C. C., de veintinueve años de edad, soltero, padece la lepra tuberculosa durante algunos años. Su hermana Casimira padeció la enfermedad antes que Vicente. Este, cuando aún no era leproso, vivía con su hermana. El padre de estos enfermos, que vivía con ellos, adquirió la enfermedad á los „setenta años" de edad „en una época posterior á la de la invasión de su hija Casimira". Es absurdo suponer que el padre heredara la lepra de sus hijos.

1) Estas observaciones están tomadas durante el año 1885.

Progéniture des Lépreux.

Par

Zambaco Pacha (Constantinople.)

„Il y a peu de naissances dans les nombreuses léproseries que j'ai visitées; surtout lorsque les deux géniteurs sont atteints, ce qui est le cas le plus fréquent. Comme les lépreux ne sont séquestrés que lorsque leur maladie est avancée, ils se trouvent, le plus souvent, alors, dans la période de frigidité qui succède à celle de la surexcitation érotique du début de la lèpre.

„Lorsque les ménages lépreux conservent encore les désirs vénériens, après leur admission dans les asiles, ou bien les velléités de l'accouplement, les coups portent à faux, la plupart du temps, heureusement; et il n'y a pas conception. Cependant cela peut arriver, principalement dans les villages des lépreux (habités librement et avec assez de confortable, relativement aux ignobles léproseries) ainsi que cela a lieu dans les Léprochoris de l'île de Crête, et dans les Miskinkioïs de Castambol (Léprochori veut dire, en grec, village de lépreux. Idem Miskinkioï, en turc).

„Néanmoins, la grossesse survient même dans les léproseries les plus affreuses. Je l'ai vue chez des lépreuses misérables très avancées, le mari étant dans le même état. Dans ces conditions, il est rare, relativement, que la grossesse atteigne son terme et qu'il y ait accouchement. Le plus souvent l'avortement a lieu vers le troisième ou le quatrième mois, sans provocation, sans accident, par le fait de la léprose. Les foetus expulsés sont peu développés et leur expulsion paraît devoir être attribuée à l'infection de la mère ou bien du père et de la mère, et aussi aux privations endurées par celle-ci.

„Dans d'autres cas, il y a accouchement; l'enfant arrive bien à terme, mais il est peu développé, chétif, squelettique, cachectique; c'est un vieillot qui succombe quelques jours ou bien quelques semaines après la naissance, à l'athrepsie; et d'autant plus vite que la malheureuse mère souffre de la faim et qu'elle allaite son enfant. Ainsi, l'enfant des lépreux, dans ces conditions, succombe peu apprès la naissance et avant que la lèpre ait eu le temps de se montrer ostensiblement.

„Mais ne succombe-t-il pas souvent à la cachexie lépreuse consé-

cutive aux toxines de la mère, qui l'infectent, conformément aux expériences faites par Charrin qui injecta des toxines, uniquement chez les femelles pleines et non chez le mâle? Quoi qu'il en soit, les fausses couches fréquentes chez les lépreuses, — plus rares lorsque le père seul est lépreux — et l'accouchement même à terme d'un enfant peu viable, à cause de la lèpre des géniteurs ou d'un seul parent nous expliquent la rareté de la survie des lépreux, dans les affreux asiles, au delà de quelques semaines ou de quelques mois.

„Il y a donc, relativement, peu d'enfants de lépreux qu'on puisse observer et suivre pour voir si la lèpre se développe chez la plupart d'entre eux. De plus, dans les asiles chrétiens, le mariage est interdit, souvent on n'y reçoit que le lépreux sans son conjoint sain. Et, si la femme et le mari sont lépreux tous deux, on les sépare dans plusieurs asiles, précisément pour empêcher l'enfantement, comme cela a lieu à la léproserie de Chio où il y a Androcée et Gynécée.

„Maintenant, il arrive aussi qu'un seul géniteur étant lépreux et parfois tous les deux, et leur lèpre même arrivée à un degré avancé, lors de la procréation, il arrive, dis-je, que l'enfant naisse sain et définitivement indemne, lors même qu'il a été allaité par une mère lépreuse avancée et qu'il a été élevé dans la léproserie, en contamination permanente avec de nombreux lépreux. S'agit-il d'une immunité acquise dans le sein maternel par inoculation directe du sang maternel?

„Des cas de ce genre ont été observés par nous. Nous avons vu des enfants nés dans ces conditions atteindre l'âge de 40, 50 et 60 ans, sans montrer la moindre manifestation lépreuse. Ces enfants sont quelquefois bien robustes et d'une santé florissante. J'ai cité de tels exemples, nommément dans le chapitre consacré à la léproserie de Scutari (Voyages chez les lépreux, Masson, 1891).

„Il résulte de ce qui précède que la lèpre congénitale, apparaissant peu de temps après la naissance — quelques mois ou quelques jours — est relativement très rare; l'enfant atteint par la lèpre paraît succomber avant ses manifestations ostensibles.

„Il est à remarquer que parfois un des enfants est lépreux, les autres restant indemnes; ou bien un seul reste sain, les autres étant lépreux, et cela toutes choses égales d'ailleurs, en apparence.

„A la léproserie de Scutari, j'ai vu des enfants, issus de mère et père lépreux ou d'un seul géniteur éléphantiasique, venir au monde petits, faibles, violacés, devenant bientôt après, bistrés et succombant quelques jours ou quelques semaines après la naissance; je les ai considérés comme, fort probablement, atteints de la lèpre.

„D'autres enfants, nés dans les mêmes conditions, sont athrepsiques, des vieillots et succombent à la cachexie; je les appelle para-lépreux.

„Cela dit, voici quelques faits dont j'ai été témoin:

1. V. S., israélite espagnole, mariée à 23 ans. Premier enfant, un fils, né 2 ans après le mariage, fut nourri par la mère qui était au début de sa lèpre.

Deuxième et troisième grossesses, lorsque la lèpre, évoluant, devint

criarde. Néanmoins les enfants demeurent sains jusqu'aujourd'hui. Ils ont 20, 17 et 15 ans. Mari indemne.

2. H. A., israélite espagnole, lépreuse lazarine, depuis l'âge de 13 ans, mariée à 15, accoucha 12 mois après, d'une fille lépreuse qui présenta les signes de la lèpre à un an. La maladie continua à évoluer depuis. Trois ans après le mariage, H. A. accoucha d'une seconde fille qui reste indemne.

Troisième accouchement d'une fille qui succomba à 18 mois à une bronchite, sans avoir eu des manifestations lépreuses. Puis accouchement (le 4^e) d'un fils qui reste indemne. Père sain, bien qu'il ait cohabité pendant 13 ans avec sa femme lépreuse de plus en plus avancée.

Or un seul enfant, le premier, devint lépreux.

3. K., israélite espagnole, lèpre anesthésique de Danielssen, présenta les premières manifestations lépreuses 4 mois après le premier accouchement. Ce premier enfant succomba au croup, dans sa première année, sans manifestations lépreuses.

Deuxième enfant, né lorsque la lèpre de la mère était avancée, fut nourrie par elle. Cette fille présenta des manifestations lépreuses à 3 ans, du moins la mère s'en est aperçue et nous les montra alors. Troisième enfant, né 10 ans après, chétif, squelettique, un avorton, succomba à 8 mois à l'athrepsie et à une bronchite.

4. Un enfant de deux lépreux avancés, né à l'asile de Scutari, à terme, malingre, peu développé, comme un avorton, présenta, quelques jours après sa naissance, des macules caractéristiques et succomba à l'athrepsie, à 5 mois.

5. Mère lépreuse anesthésique, israélite; père sain. Eut un enfant qui présenta, avant le troisième mois, des manifestations lépreuses sous forme de macules. La lèpre évolua, bien que lentement.

6. Mère lépreuse, tubéreuse, père indemne. La lèpre maculeuse débuta à 5 mois chez l'enfant, une petite fille.

7. Père lépreux, musulman, tubéreux, mère indemne; un seul enfant né à terme, mais peu développé, avorton, présenta des manifestations (macules nombreuses) 15 jours après la naissance, s'accentuant et envahissant de plus en plus. Il succomba cachectique à un an.

8. Mère lépreuse, tubéreuse, grecque, mari sain. Premier enfant indemne; la lèpre était alors au début chez la mère. Deuxième enfant, une fille, vint au monde avec de nombreuses macules. La lèpre évolua; l'enfant de plus en plus lépreuse, vivant dans la misère, succomba à 4 ans, à une diarrhée opiniâtre.

9. Mère lépreuse, tubéreuse, grecque, père indemne. Enfant devenu lépreux à 4 ans.

10. Père lépreux, tubéreux, mère indemne. L'enfant unique présenta un semis de tubercules et des macules à 16 mois. Il succomba à 20 mois cachectique, athrepsique.

11. X., grecque, maculeuse, père indemne.

Le premier enfant à présenté, quelques jours après la naissance, des macules sembables à celles de la mère, disparaissant et reparaissant; plus tard, elles devinrent permanentes. Deuxième enfant, sain

jusqu'à 3 ans, succomba à la scarlatine. Troisième enfant présenta à 3 mois une éruption de macules et plus tard, à un an, quelques petits tubercules; mort à 16 mois d'athrepsie.

12. Père lépreux, mère indemne, grecs. Les deux premiers enfants restent sains, bien que le père fût déjà lépreux lors de leur procréation. Troisième enfant vint au monde avec une éruption de macules discrètes; il eut successivement plusieurs poussées s'effaçant sans disparaître totalement.

13. Mère lépreuse et syphilitique, père lépreux, musulmans. Enfant né dans un état affreux, squelettique, ayant autour du nombril une éruption de lentilles exubérantes et le dos chamarré de macules; anneau proéminent autour de l'anus. Lépreux et syphilitique, il vécut 3 mois, nourri par la mère et au biberon; les manifestations des deux affections se sont accusées de plus en plus. Mort dans les convulsions.

14. Le Dr. Zambounis m'a affirmé (à l'île de Samos) avoir vu une lépreuse accoucher d'un enfant couvert de taches et de tubercules lors de sa naissance.

15. Un enfant né à la léproserie de Chio, de père et de mère lépreux, devint lépreux évident à 2 ans. Je n'ai pu savoir exactement à quel âge il a présenté les signes de la maladie.

16. En Crète, j'ai vu un seul enfant de l'Aumônier (lépreux luimême tubéreux, la mère étant saine), lépreux à 8 ans; c'était le dernier enfant. Il a présenté déjà, à plusieurs reprises, des poussées erysipèlatiformes de la face à 4 ans. Six enfants de cet Aumônier restent indemnes: 22, 18, 16, 15, 14, 12 ans.

17. Dans la même île, j'ai rencontré également, au village des lépreux (léprochori) un L. tubéreux (femme indemne) dont tous les 7 enfants étaient lépreux. J'ai rencontré au même léprochori plusieurs enfants manifestement lépreux de 7 à 12 ans.

18. J'ai vu en Crète un lépreux dont les parents étaient sains, mais ayant 2 cousins lépreux. A 4 ans, il fut envoyé dans un village éloigné où il n'y a pas de lèpre. Néanmoins il fut atteint de la lèpre à 18 ans.

19. J'ai vu en Crète un enfant de 10 ans, ayant la lèpre anesthésique de Danielssen très avancée qui avait débuté à 3 ans. La mère était lépreuse anesthésique aussi; père indemne; c'est la seule fois que j'aie vu, jusqu'à present, la lèpre anesthésique commencer si tôt.

20. Un enfant crétois, âgé de 3 ans, avait le corps couvert d'exsudats. On a remarqué qu'il était lépreux à 2 ans; qui sait à quel âge la lèpre avait exactement présenté ses premières manifestations. Père sain, mère lépreuse tubéreuse avancée. L'enfant est né au léprochori d'Héraclion.

21. Le Dr. Zaficidi, exerçant en Crète, à Héraclion, m'a dit avoir vu un enfant âgé de moins de 3 ans, lépreux tubéreux avancé. La mère et le père étaient tous les deux lépreux tubéreux. Je dois faire remarquer que les exanthèmes érysipélatiformes à répétition, que je considère comme un signe de la lèpre déjà existante, ne sont pas considérés comme tels en Crète, de sorte que la lépre est déjà

avancée, pour moi, lorsqu'elle est remarquée par les parents et les médecins.

22. Je trouve encore dans mes notes, 5 enfants ayant présenté des manifestations lépreuses à 7 et 8 ans.

23) A la léproserie de Hania, en Crète, qui est un léprochori, j'ai rencontré un lépreux tubéreux, son frère jumeau est sain. On a remarqué les premiers signes de la lèpre à 8 ans. Trois autres frères, issus du même mariage, sont sains. Père lépreux tubéreux, mère saine.

24. A l'île de Calymnos, deux frères ont présenté des manifestations lépreuses à deux ans environ, mère saine. Le père devint lépreux tubéreux six ans après le mariage. Ses deux premiers enfants sont indemnes.

25. A la léproserie de Scutari un enfant présenta les signes de la lèpre à 7 ans. Père et mère tous les deux lépreux avancés."

Syringomyelie und Lepra.

Von

H. Oppenheim (Berlin).

Gegen die Zurückführnng der Syringomyelie auf Lepra spreche ich mich mit aller Entschiedenheit aus. Massgebend für mich sind besonders folgende Factoren: 1. Bei der Lepra wurden, wie die grosse Mehrzahl der Sectionsbefunde lehrt, im Rückenmark Veränderungen, die dem gliomatösen Process entsprechen oder nahekommen, vermisst.

2. In den typischen Fällen von Syringomyelie ist der Leprabillus weder in den erkrankten Partien der Haut, noch in den gliomatös-entarteten Theilen des Rückenmarks aufzufinden.

3. Wir kennen der Gliosis und Syringomyelie analoge Erkrankungen des Gehirns, deren Zusammenhang mit der Lepra von keiner Seite behauptet wird.

4. Die Aetiologie der Syringomyelie ist zwar noch nicht nach allen Richtungen klargestellt. Es kann aber nicht bezweifelt werden, dass congenitale Entwickelungsanomalien hier eine grosse Rolle spielen und es ist andererseits wahrscheinlich, dass Traumen, die zu einer Rückenmarksblutung führen, den Anlass zur Entwickelung dieses Leidens geben können.

Die Thatsache, dass der Systemencomplex der Syringomyelie dem den Lepra sehr verwandt sein, und dass die Differentialdiagnose auf erhebliche Schwierigkeiten stossen kann, muss ich jedoch auf Grund der in der Literatur niedergelegten Beobachtungen und der eigenen Erfahrungen anerkennen. In den typischen Fällen von Syringomyelie wird man meistens eine sichere Diagnose stellen können. Ich verzichte darauf, die Kriterien, die in differentialdiagnostischer Hinsicht in Frage kommen, hier anzuführen, da Schlesinger vor ganz kurzer Zeit — auf dem letzten internationalen Congresse zu Moskau — alles Wissenswerthe zusammengestellt hat. Ich habe auch Herrn von Düring 2 Fälle von Syringomyelie demonstrirt, in denen er eine lepröse Grundlage für ausgeschlossen hält.

1) Herr Professor Dr. H. Oppenheim war speciell zum Erscheinen in der Sitzung vom 14. Oktober seitens des Vorstandes eingeladen. Da der betreffende Brief leider nicht rechtzeitig angelangt war, so hat Herr O. in dankenswerther Weise auf direkte Bitte noch nachträglich einen kurzen Auszug der Bemerkungen zu Protokoll gebracht, welchen er sonst mündlieh ausführlicher Ausdruck gegeben hätte.

Thèses.

Par

Broes van Dort (Rotterdam).

1. Il est désirable, que chaque gouvernement reconnaissant la contagion et la transmissibilité de la lèpre fonde une ou deux léproseries.

2. Le séjour ne sera forcé que dans quelques cas exceptionels, à régler par chaque gouvernement ou par des mesures internationales.

3. Les états, possédant des colonies ou règne la lèpre, fondent dans ces colonies une ou plusieurs léproseries en proportion avec le nombre des malades. Le séjour sera volontaire, sauf quelques cas exceptionels. A la léproserie doit être adjoint un laboratoire pour l'étude de la maladie et de sa thérapie.

4. Le gouvernemant colonial donne un subside aux lépreux indigènes, avec la condition qu'ils s'établissent en des villages, destinés seulement pour des lépreux et ayant une situation isolée.

Ad 1. Il est désirable etc.

Quoique la preuve scientifique, que la lèpre est une maladie transmissible manque jusqu'aujourdhui, il y a beaucoup de cas, qui rendent la transmissibilité très probable. A un côté se trouve l'histoire de la maladie dans le village Parcent en Espagne, celle à Cap Breton et à Emmaus en Transvaal. A l'autre côté on voit cette diminution des cas, chez les Cosaques, après un isolement rigoureux. On voit cette diminution dans les Indes Orientales Hollandaises ou, en quelques lieux éloignés, les habitants des villages isolent les lépreux dans les bois et leur envoyent de nourriture, quand ils expriment leur désir d'une ou d'autre manière. Ce sont seulement très peu d'exemples sur la grande quantité. On pourrait observer que, quand on fonde des léproseries, on devrait aussi faire ériger des maisons d'isolement pour toute autre espèce de maladie transmissible. Mais d'autre côté, on ne peut pas appliquer chez chaque maladie infectieuse tout ce qui est désirable pour la lépre, en relatant l'isolement. Les maladies, pour lesquelles ou pourrait faire cette remarque, sont la syphilis et la tuberculose, qui sont beaucoup plus fréquents que la lèpre.

Pour les lépreux un isolement est possible et désirable.

Ad 2. Le séjour ne sera forcé etc. Le séjour dans la léproserie sera volontaire. En général, et en tous cas dans la Hollande, il

y aurait une grande difficulté de faire accepter une loi selon laquelle le séjour dans une léproserie serait forcé. Excepté qu'il ne convient pas avec nos idées modernes et humaines, je ne crois pas que chez nous un Ministère serait a trouver, qui voudrait présenter aux chambres des députés un projet de loi, contenant une clausule de séjour forcé pour tous les cas de lèpre. L'isolement forcé est désirable pour ceux, qui sont sans nourriture, sans demeure, qui parcourent en mendiant les villes et les campagnes. Dans ces cas l'isolement forcé, considéré d'une vue humanitaire et sociale, est utile et indispensable.

(Nôtre ex-léproserie Veenhuyzen était destiné pour de tels lépreux.)

Ad 3. Les états, possédant des, etc.: Parcequ'il est plus facile de trouver une ou deux places assez isolées pour une grande léproserie (en proportion avec l'extensité du pays), il me semble utile de ne fonder pas un grand nombre d'asyles. A un de ces asyles on devrait ajouter un laboratoire pour l'étude de la maladie et de sa thérapie, pas encore tout à fait indispensable, comme nous avons vu dans cette conférence. L'entier sous la direction d'un léprologiste, qui a donné les preuves scientifiques, que le gouvernement pourra exiger. Le séjour sera volontaire; seulement forcé dans les cas nommés dans la thèse seconde.

Le transport sera généralement gratuit en des bateaux ou des voitures destinés seulement pour les lépreux. Quand il est possible on devrait faire une installation pour désinfecter les navires et voitures par moyen de la vapeur de leur propre machine.

Ad 4. Le gouvernement Colonial etc.

Parcequ'il n'est pas possible d'isoler dans les colonies les indigènes, loin de leur villages, il faut prendre pour eux une autre mesure pour parvenir au but, la suppression de la maladie. On fera habiter les lépreux dans un lieu très isolé, par préference sur une île. Le gouvernement prendra soin de leur nourriture, de l'eau potable et des médicaments nécessaires. Un médecin visitera l'asyle une ou deux fois par semaine. La grande difficulté pourtant sera qu'ils doivent se séparer de leurs familles. Cette difficulté est à peu près invincible; seulement, quand la famille saine se rend avec le malade dans le lieu, la difficulté est résolue et on obtient une analogie avec les léprochori de la Turquie.

Les Lépreux à Paris.

Par

Hallopeau (Paris).

J'insisterai sur quelques points discutés dans mon rapport sur cette question.

La plupart des lépreux que nous observons à l'hôpital Saint-Louis succombent plus ou moins rapidement aux progrès de leur maladie, après avoir présenté des périodes de rémission; quelques-uns seulement s'améliorent d'une manière durable.

Faut-il attribuer cette amélioration à l'action du climat ou à la médication?

L'amélioration sous l'influence du climat nous paraît a priori bien peu vraisemblable; en effet, la France a été pendant des siècles un pays à lèpre; c'est par milliers que l'on y a compté des léproseries; il y existe encore des foyers de lèpre; sa témpérature moyenne ne peut être invoquée comme une circonstance favorable puisque la maladie règne sous des climats extrêmes.

La même question se pose à l'égard du traitement interne de Chaulmoogra, soit par le Hoang-non, soit par le liquide de Carrasquilla.

Chez certains d'entre eux, il est survenu des améliorations alors qu'ils étaient soumis à l'une ou l'autre de ces médications.

Faut-il les rapporter à ces interventions thérapeutiques ou simplement à l'action d'une hygiène favorable et de topiques appropriés ou enfin à des rémissions spontanées?

Pour juger la question, il est nécessaire de savoir quelle est la marche naturelle de la maladie; on sait qu'elle présente presque toujours des rémissions; celles-ci ne peuvent-elles pas être définitives en l'absence de toute médication?

Nous ferons observer en premier lieu qu'elles peuvent se produire alors que les malades sont traités isolément et successivement par plusieurs des médications que nous venons de mentionner.

Nous avions, dans notre service, un canaque atteint d'une lèpre tuberculeuse remarquable par la saillie considérable des nodules ainsi que par une tuméfaction énorme des nerfs cubitaux (ils atteignaient le volume de l'index).

Ce malade a commencé à s'améliorer, alors qu'il prenait de l'huile de Chaulmoogra; son amélioration s'est accentuée alors qu'on lui a fait des injections de sérum de Carrasquilla, et elle est devenue encore plus notable dans ces derniers mois, en l'absence de toute médication; tous les tubercules se sont affaissis, ils ne sont plus, à de rares exceptions, représentés que par des macules; enfin les nerfs cubitaux n'ont plus que le volume d'un porte-plume.

Ce fait n'est pas en faveur d'une action des médicaments.

Il en est de même de la transformation de la lèpre tuberculeuse en lèpre anesthésique. Celle-ci peut en effet, comme nous l'a fait remarquer très justement Monsieur Hansen, être considérée comme une guérison, les parties anesthesiées et atrophiées représentant les conséquences de lésions éteintes.

Nous pouvons citer en faveur de cette manière de voir l'histoire d'un jeune Haïtien, qui a succombé récemment dans notre service à une tuberculose pulmonaire: il était atteint d'une lèpre anesthésique grave; l'examen bactériologique, pratiqué par Monsieur Jeanselme avant et après la mort, a permis de constater chez ce sujet l'absence complète de bacilles alors qu'antérieurement on en avait trouvé: la maladie était donc guérie; il n'en restait que les stigmates secondaires.

Or nos confrères des pays à lèpre observent cette transformation de la forme tuberculeuse en forme anesthésique, et aussi, à une période moins avancée de la maladie des rémissions en l'absence de toute médication.

Nous avouerons donc que, malgré l'autorité de maîtres éminents, nous restons sceptiques à l'égard de l'action des médicaments internes employés jusqu'ici contre la lèpre.

Lepra in Island.

Von

O. Cahnheim (Dresden), **Edv. Ehlers** (Kopenhagen) und
K. Grossmann (Liverpool).

Dr. O. Cahnheim und Dr. Grossmann hatten auf zwei Reisen, 1889 und 1892, mehrere Fälle von Lepra constatirt und photographisch niedergelegt.

Die dänische Regierung beschloss in den Jahren 1894 und 1895 je eine Expedition unter Führung von Dr. Ehlers-Kopenhagen nach dort zu senden, um die Verhältnisse genau zu studiren; an der letzten Expedition, 1895, nahmen obige Aerzte, denen sich ein französischer Arzt, Dr. Eichmüller, hinzugesellte, Theil.

Es war schon sehr lange bekannt, dass auf Island Lepra existirte; die officiellen Berichte der Isländischen Medicinalbehörde sprachen immer von Abnahme der Krankheit. Da diese Angabe sehr zweifelhaft erschien, so fasste die dänische Regierung den Entschluss zu jener Expedition. Dieselbe bestand aus 4 Aerzten, 4 Führern (zugleich Wärter für die Pferde) und 40 Pferden.

Dadurch, dass der grösste Theil von Island unbewohnbar und unbewohnt ist, wird das Reisen dort ungemein erschwert. Man ist auf das isländische Pony als einziges Transportmittel angewiesen; auch Zelte, Geräthschaften, Proviant, wissenschaftliche Instrumente, kurz Alles, was der Forschungsreisende braucht, muss in wasserdichten, mit Zink ausgeschlagenen Packkisten auf dem Rücken der Pferde transportirt werden. Dabei giebt es keine Wege, so gut wie gar keine Brücken, so dass die Pferde die meist reissenden Gebirgsströme durchschwimmen müssen, wenn es nicht gelingt, eine passirbare Furth im Flusse zu finden.

Die alte, aus dem Jahre 1844 stammende Karte von Island ist sehr ungenau, auch der Compass, welcher hier eine durchschnittliche Missweisung von 30—45 Grad hat, ist wegen des starken Eisengehaltes der Gesteinsmassen unzuverlässig.

So bestand die Hauptschwierigkeit darin, die einzelnen Kranken in ihren eigenen Behausungen aufzusuchen, was für einen einzelnen Fall oft mehr als zwei ganze Tagereisen in Anspruch nahm. Hierdurch allein aber konnte die Expedition vollen Einblick gewinnen, wie die Krank-

heit wegen jeglichen Mangels auch nur der primitivsten hygienischen Massregeln nicht minder, wie durch die Sorglosigkeit und Unreinlichkeit der Eingeborenen selbst, sich nothgedrungen ausbreiten muss. Auf diese Weise gelang es auf beiden Expeditionen, ein Material von 159 wohlbeobachteten und untersuchten Leprafällen zu sammeln und niederzulegen, die meisten auch photographisch, während der letzte isländische Sanitätsbericht aus dem Jahre 1889 nur 49 Fälle aufzählt.

Dr. Ehlers hat über die Ergebnisse der Expeditionen bereits in der Dermatologischen Zeitschrift Juni 1896 ausführlich berichtet.

Die von Dr. O. Cahnheim gegebene Demonstration bestand in der Projection und Erklärung von 45 der typischsten Leprafälle aller Stadien der tuberösen, maculo-anästhetischen und gemischten Form; ferner 2 Fälle von Lepra, verbunden mit Carcinom; 1 Fall zeigte in zwei verschiedenen Aufnahmen die grossen Fortschritte, welche die Krankheit im Laufe von 3 Jahren gemacht hatte. Mehrere Bilder gaben auch eine Anschauung von der Bauart der Erdhütten und deren innerer Einrichtung.

Die ganze Collection von Glasbildern, welche ebenfalls an der Ausstellung betheiligt war, wurde von den drei Autoren dem kaiserlichen Gesundheitsamte als Geschenk für Lehrzwecke überwiesen.

BAYERISCHE
STAATS-
BIBLIOTHEK
MUENCHEN

Nachträge und Ergänzungen zu Band II.

Im II. Theile der Mittheilungen und Verhandlungen ist auf Seite 208 und 209 irrthümlich ein dem Manuscript beiliegendes Blatt unter den Bemerkungen des Herrn A. Neisser-Breslau mit zum Abdruck gelangt. Die Absätze unter der Ueberschrift „Neurolepride“ sollen in Wegfall kommen.

13. Oktober, Nachmittags.

Herr Glück (Sarajevo) demonstrirt:

a) Ein mikroskopisches Präparat, welches aus dem ausgepressten Safte eines Lepraknotens stammt, in welchen ein Tropfen Carbolfuchsin 24 Stunden zuvor injicirt wurde. Die Injection wurde am lebenden Patienten vorgenommen. Das Präparat stellt zahlreiche rothe und vereinzelte weisse Blutkörperchen dar. Keines der Körperchen hat die Farbe angenommen; gefärbt erscheinen nur die theils vereinzelt, theils in Häufchen angeordneten Leprabacillen, von denen 3 innerhalb eines sonst ganz unveränderten weissen Blutkörperchens liegen.

Das Präparat wurde in der Weise hergestellt, dass das mit dem blutig tingirten Leprasafte dünn bestrichene Deckgläschen nach einfacher Lufttrocknung in Canadabalsam auf den Objectträger eingebettet wurde. Es wurde somit jedwede Erhitzung, sowie die Einwirkung von Alcohol und Säure vermieden. Die sowohl innerhalb, als auch ausserhalb der Zellen liegenden Stäbchen sind viel schlanker, feiner und dabei um ein Geringes kürzer als die Bacillen, welche wir gewöhnlich zur Anschauung erhalten.

Dieses Präparat beweist wohl unwiderleglich die intracellulare Lage der Bacillen und ist hier überdies nichts von einer Verschleimung derselben zu sehen. Meiner Ueberzeugung nach soll die chemische und mechanische Einwirkung auf ein Minimum reducirt werden, wenn man klare und naturgetreue Bilder von Leprabacillen zur Anschauung bringen will.

b) Zwei Präparate von Phlebitis leprosa, das eine nach v. Gieson und das andere nach Ziehl-Neelson gefärbt, welche den Beschreibungen und Abbildungen ganz entsprechen, welche der Demonstrirende in seiner im ersten Bande der „Mittheilungen“ veröffentlichten Arbeit „über die Lepra der grösseren Hautvenen“ geliefert hat.

c) Ein mikroskopisches Präparat, das einer Patientin entstammt, welche neben den ganz ausgeprägten Erscheinungen der Lepra tuberosa mit zahlreichen, zum Theil pendelnden Hautfibromen behaftet ist. Das excidirte Fibrom zeigt bei entsprechender Färbung unter dem Mikroskope, dass wir es mit einem Fibroma parvicellulare zu thun haben, welches überdies zahlreiche, meist in der Papillarschichte gelegene Bacillen enthält. In gewissem Sinne ist dieses Präparat ein Seitenstück zu dem von Herrn Blaschko demonstrirten, welches derselbe als Lepra-Carcinoma bezeichnet.

14. Oktober, Vormittags.

Herr Glück (Sarajevo) demonstrirt:

a) Vier macerirte Schädel von Leprösen, die in seiner Abtheilung gestorben sind. Die Schädel zeigen eine Verdünnung und Rareficirung des vorderen Theiles der ossa nasalia, tiefe Defecte des Vomers, welcher überdies in einem Falle neben Rareficirung eine tiefe Verbiegung nach einer Seite hin zeigt; Rareficirung und Schwund der Nasenmuscheln und endlich punktförmige Necrose der Gaumenknochen. Der Mangel an Hyperostosen, sowie überhaupt jeder formativen Reaction am Knochen unterscheidet den bis jetzt nicht beschriebenen Process von der Necrose bei Syphilis.

Diese vier Schädel, resp. die Veränderungen an denselben beweisen, entgegen den bisherigen Behauptungen, dass die Nasenknochen durch die Lepra gleichfalls angegriffen werden.

b) Acht Kehlköpfe von Leprösen; sieben derselben zeigen die bekannten auf Infiltration der Schleimhaut beruhenden Veränderungen mit nachfolgender Verschwärung und Narbenbildung, und einer eine auffallende Atrophie des Kehldeckels und des ganzen Kehlkopfes, welche sich nicht allein auf die zum Theil narbig veränderte Schleimhaut beschränkt, sondern augenscheinlich auch den Knorpel betrifft, da derselbe dünner, weicher und durchscheinend ist. Diese secundäre Atrophie der Kehlkopfgebilde ist bis jetzt noch nicht beobachtet worden.

c) Zwei mikroskopische Präparate, welche lepröse Veränderung des Epiglottisknorpels darstellen. Inmitten des unveränderten Knorpelgewebes befindet sich ein abgekapselter Infiltrationsherd mit zahlreichen Bacillen.

d) Mehrere Photographien, an denen einerseits offene Geschwüre an den Unterschenkeln und den Fusssohlen zu sehen sind und andererseits Photographien derselben Patienten, bei denen diese oft jahrelang jeder Behandlung trotzenden Geschwüre unter Anwendung des Airols in Form von Pulver oder Salbe in wenigen Monaten ganz übernarbt waren. Der Demonstrirende kann zwar nach Einsicht in die bezüglichen Photographien den Enthusiasmus Prof. Fornara's für das Airol als Heilmittel gegen Lepra nicht theilen, doch unterliegt es keinem Zweifel, das dasselbe als symptomatisches Mittel in manchen Fällen nicht ohne Werth ist. (Autoreferat.)

Auf Seite 159 des zweiten Bandes der Mittheilungen und Verhandlunden der internationalen wissenschaftlichen Lepra-Conferenz, Zeile 2 und Zeile 4 von oben, findet sich ein sinnentstellender Druckfehler, den ich gern zurechtstellen möchte. Ich habe gesagt:

„Wir wissen, dass Proteïne und Albumosen bei Thieren (nicht „Rindern", wie es im Stenogramm heisst), die an einer chronischen, künstlich erzeugten Bacterienkrankheit, z. B. an Tuberculose leiden, ganz andere Reactionen hervorruft, als bei gesunden Thieren (nicht „Rindern"). Prof. Dr. K. Dehio (Dorpat).

Berichtigungen ad Bd. II, S. 82: Hinter Peterm. Mittheilungen ist einzuschieben:

statt: Spanier ist zu lesen: Aerzte.
„ von Carrasquilla ist zu lesen: Dr. Carrasquilla.
„ Ameriquita ist zu lesen: Mariquita.
„ dass diese wilden ist zu lesen: dass die wilden.

Seite 58, Zeile 1 v. o. liess statt: „Drendonné hat bei mir" Drendonné hat mit mir.

Seite 75, Zeile 18 v. u. liess statt: „Erythema" Erysipel.

Seite 75, Zeile 13 v. u. liess statt: „wahrscheinlich" unwahrscheinlich.

I. Bd. 4. Abth. S. 241 muss es in der Ueberschrift heissen: **„Tonkin"** statt **„Jonkin"**.

Gedruckt bei L. Schumacher in Berlin.

FRITZ GÄHR Buchbinder
F. X. Beer Nachfolger
MÜNCHEN
Weinstrasse № 18/II

BSB Bayerische StaatsBibliothek

MIDZ Münchener DigitalisierungsZentrum Digitale Bibliothek

Mittheilungen und Verhandlungen der [I.] internationalen wissenschaftlichen Lepra-Conferenz zu Berlin im October 1897

Bd.: 2.

1897

Path. 850 wh-2
urn:nbn:de:bvb:12-bsb11820607-0